

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

30

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Roger-Jean CHEVALLIER

Né le 28 Juin 1906, à PARIS (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine

SUR CERTAINS RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE

Président : A. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Roger-Jean CHEVALLIER

Né le 28 Juin 1906, à PARIS (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine

SUR CERTAINS RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE

Président : A. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD
	LAIGNEL-
	LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANCON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Assistance médico-sociale	LAUBRY.
	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	DE GENNES
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	GAYET
BESANCON (J.).	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
FEY	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNCK-	Urologie.	LANTUEJOUL
BRENTANO		LAROCHE Guy.
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.	LELCNG
GAILLARD	Parasitologie.	
CHEVALLIER	Bactériologie.	

MM.		MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.	RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.	RICHET	Physiologie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.	SANNIE	Chimie biologique.
MOLLARET	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathologie expérimentale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.	VIGNES	Obstétrique.
OBERLING	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
PETIT-			
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEROUX	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-		VAUDESCAL ...	Obstétrique.
BERT	Physiologie.		

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCO	
BRULE		CADENAT	
CPABROL		GATELLIER ...	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ ...	
PASTEUR		VELTER	
VALLERY-			} Clinique obstétricale
RADOT		ECALLE	
SEZARY		METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPEL	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153301_0119

A MES PARENTS

*En témoignage de ma très profonde
affection.*

A MA FEMME

A MA FILLE

A TOUS LES MIENS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de la Salpêtrière

Grand Officier de la Légion d'honneur

En témoignage de très respectueux attachement, d'admiration et de profonde reconnaissance pour tout ce que je lui dois.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'honneur

*Témoignage de mon respectueux et très
affectueux dévouement, hommage de re-
connaissance pour toute la bienveillance
qu'il n'a cessé de me témoigner.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades
Commandeur de la Légion d'honneur

Hommage de très respectueux attachement et de profonde gratitude pour la sollicitude qu'il m'a toujours témoignée.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRECHOT

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'honneur

Hommage de respect et de reconnaissance pour toute sa bonté.

•

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

STAGE

1925-26 M. le Professeur F. WIDAL (in memorian)
M. le Professeur A. GOSSET
M. le Docteur J. HALLE
M. le Docteur A. FOURNIER (in memoriam).

EXTERNAT

1927-28 M. le Docteur L. CHEVRIER
1928-29 M. le Professeur F. WIDAL
1929-30 M. le Professeur agrégé PASTEUR VAL-
LERY-RADOT
1931-32 M. le Professeur L. OMBREDANNE

EXTERNAT EN PREMIER

1930-31 M. le Docteur A. BRECHOT

INTERNAT

1933-34 M. le Docteur A. BRECHOT
1934-35 M. le Professeur L. OMBREDANNE
1935-36 M. le Professeur P. MOCQUOT
1936-37 M. le Professeur A. GOSSET

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur A. HOVELACQUE

Chef des Travaux Pratiques à la Faculté

Chevalier de la Légion d'honneur

*En témoignage de grande affection et
de profonde reconnaissance pour toute la
sollicitude qu'il m'a toujours montrée.*

A MES MAITRES DE L'ECOLE PRATIQUE
DE LA FACULTE

Monsieur le Professeur Henri ROUVIERE
Monsieur le Professeur Eugène OLIVIER

Hommage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur C. LEVADITI

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur à l'Institut Pasteur

Officier de la Légion d'honneur

Témoignage de reconnaissance et d'affectueux attachement.

A Monsieur le Docteur E. MAY

Médecin de l'Hôpital Tenon

*En remerciement de la bienveillance
qu'il m'a toujours témoignée.*

A Monsieur le Docteur DESPLAS

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

Témoignage de vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LANCE

*En remerciement de toute sa bienveil-
lance.*

A Monsieur le Docteur Raoul-Charles MONOD
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur Raymond BERNARD
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur Ivan BERTRAND
Directeur à l'Ecole Pratique des Hautes-Etudes

A Monsieur le Docteur René MARTIN

Médecin de l'Hôpital de l'Institut Pasteur

*Mon premier Maître, dont la bonté m'a
toujours suivi, témoignage de ma respec-
tueuse affection.*

A Monsieur le Docteur M. FEVRE

Chirurgien des Hôpitaux

En gage d'affectueux attachement.

A Monsieur le Profess. agrégé D. PETIT-DUTAILLIS
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur CHARRIER
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Profess. agrégé P. FUNCK-BRENTANO
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur CAROLI
Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur J. GOSSET
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur LEBOVICI
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur FAUVERT

A MES AINES :

Robert JULLIEN

Jean MAES

Jacques HEPP

A MES AMIS :

Jean LEVADITI

Georges HORNUS

Claude OLIVIER

Pierre DELINOTTE

INTRODUCTION

Dans ce travail qui fut mis au point grâce à des observations recueillies dans le service de notre Maître M. le professeur GOSSET, nous n'avons pas voulu rouvrir la grande discussion entre cholécystostomistes et cholécystectomistes. Chacun des deux camps donne des arguments dont la valeur est incontestable et dont la bonne foi ne saurait être mise en doute.

En partant néanmoins de la constatation, admise par tout le monde, que la vésicule biliaire est un organe utile qu'on ne saurait considérer, tel l'appendice, comme un appareil de « luxe », nous avons tout d'abord essayé d'étudier ce qu'étaient devenues des vésicules malades traitées chirurgicalement dans un sens conservateur ; nous avons obtenu des résultats qui, à première vue, pouvaient paraître curieux et difficiles à admettre. Puis ayant essayé de les expliquer, nous avons passé en revue les différentes opinions publiées dans la littérature française et étrangère.

Bien souvent, nous avons constaté que les différences dans les résultats de la chirurgie des voies biliaires ne tenaient pas à des interprétations plus ou moins

tendancieuses, mais surtout à un manque d'accord sur des définitions de base. Très fréquemment des statistiques divergentes exprimant les résultats de la même indication opératoire ne tenaient pas compte des différences des cas envisagés.

Nous nous sommes ainsi aperçu qu'en systématisant dans des cadres déterminés les résultats exprimés, il serait possible de ne plus opposer, comme on a voulu le faire si souvent, la cholécystectomie à la cholécystostomie. Toutes deux, en tenant compte de leurs avantages et de leurs inconvénients, pouvaient se partager, pour le plus grand bien du malade, le domaine de la thérapeutique chirurgicale des affections de la sphère hépato-vésiculo-biliaire.

C'est en 1879, que LAWSON TAIT publiait la première observation de Cholécystostomie. Malgré l'impulsion que LANGENBUCH avait essayé de donner à la cholécystectomie, (il avait exécuté la première en 1882) et qu'il considérait comme seule rationnelle, la cholécystostomie fut adoptée par la plus grande majorité des chirurgiens à cause de sa moindre difficulté technique et de la bénignité de ses suites opératoires. Puis à partir de 1908, sous l'influence du Pr. GOSSET, de DELAGÈNIÈRE et de KEHR, la cholécystectomie fût à l'honneur ses indications furent de plus en plus étendues et la cholécystostomie fut traitée un peu en parente pauvre jusqu'à ces dernières années.

Il nous est impossible de citer tous les innombrables travaux qui ont paru sur ce vaste sujet. D'autant plus que ces dernières années s'est ouvert un nouveau chapitre de pathologie vésiculaire. A côté des lésions anatomiques connues comme la lithiase, la cholécystite chronique non lithiasique, la vésicule « fraise », il a été décrit des affections vésiculaires d'ordre plutôt fonctionnel comme les vésicules de stase. On a également insisté sur le retentissement du drainage biliaire sur le fonctionnement hépatique et pancréatique. Enfin la physio-pathologie vésiculaire a bénéficié de techniques d'exploration nouvelles comme l'étude systématique de l'écoulement fistulaire d'une cholé-

cystostomie et l'exploration lipiodolée des voies biliaires après la même intervention.

Pour étudier les résultats de la chirurgie des voies biliaires et en particulier de la cholécystostomie, nous nous sommes permis d'envisager les affections hépato-vésiculaires chroniques sous deux aspects :

— dans l'un, les lésions anatomiques macroscopiques siègent sur la vésicule ; c'est le cas de toutes les *cholécystites calculeuses* ou non ;

— dans l'autre, nous rangerons, d'une part, les lésions vésiculaires peu nettes où domine la notion de trouble fonctionnel, tel le cas des *vésicules dites de stase* ; d'autre part, les lésions extra-vésiculaires qui, par leurs connexions régionales avec la vésicule, ont permis de supposer qu'en agissant sur le cholécyste on pourrait modifier l'évolution de ces lésions, tel le cas de la *pancréatite chronique*.

Résultats dans la cholecystite chronique calculieuse

En revoyant de nombreuses statistiques tant françaises qu'étrangères, il est un fait qui frappe c'est l'accord des chiffres donnant tous de moins bons résultats pour la CHOLÉCYSTOSTOMIE que pour la CHOLÉCYSTECTOMIE.

Voici les quelques chiffres que nous avons pu relever à l'actif de la CHOLÉCYSTOSTOMIE :

H. HARTMANN : 45 % de guérisons parfaites.
21 % de guérisons satisfaisantes.
34 % de mauvais résultats.

MAYO : 53 % de bons résultats.

FAVRE : 51,7 % de guérisons.
34 % de résultats satisfaisants.

LACOSTE : 57 % de guérisons.
15 % d'améliorés.

(Malades revus peu de
temps après l'intervention.)

J.-M. BLACK : 40 % de guérisons.
28 % d'améliorations
Dans 24 % des cas, une réintervention fut nécessaire.

J.-H. SAINT : (177 cas) { 56 % de guérisons.
21 % d'améliorations

FLEMING : sur 24 malades en a 17 de totalement guéris (soit 70 %).

BARKER et HARRISON : sur 125 malades en revoient 87 avec 68 % de bons résultats.

HARBIN : sur 25 cholécystostomies retrouve 63 % de guérisons.

STAAR, JUDD et PRIESTLEY : ayant revu 426 malades ont 59 % de bons résultats et 25 % de médiocres.

CATTELL donne le chiffre de 75 % de guéris.

FERGUSSON a 72 % de guérisons.

DIETRICH relève 69 % de guérisons.

Enfin, si ROSWIG dit être partisan convaincu de la cholécystostomie sans donner de chiffres, WILKIE au contraire considère les résultats éloignés comme décevant, sans appuyer cette opinion sur une statistique.

Dans l'ensemble, on peut dire (à une restriction près : le terme d'améliorés pouvant être entendu de manières différentes) que la cholécystostomie amène dans plus de 70 % des cas la disparition des symptômes majeurs avec guérison complète chez 50 % des malades.

Ces chiffres sont faibles en comparaison de ceux des résultats éloignés de la cholécystectomie qui, d'une façon générale, amène dans la lithiase vésiculaire 85 à 90 % de guérisons complètes ou satisfaisantes.

Si l'on fait intervenir dans l'étude du devenir des ma-

lades cholécystostomisés, le taux des réinterventions qui oscille entre 20 et 30 % (sans compter dans ce chiffre l'obligation peu fréquente d'une fermeture chirurgicale secondaire de la fistule) mais aussi la menace d'une cancérisation ultérieure éloignée qui pour certains atteindrait l'ordre de 2 à 3 %, il est manifeste que l'adage de LANGENBUCH : « Supprimer en même temps les pierres et la carrière », peut représenter la vérité dans l'indication opératoire de la lithiase vésiculaire.

Mais il est peut-être une hypothèse qui permettrait de trouver un terrain d'entente entre les cholécystectomistes convaincus à juste titre et les cholécystostomistes.

Dans la cholélithiase, le pronostic général du malade n'est pas à la vésicule mais au comportement secondaire de la voie biliaire commune. En se rappelant les différences très sensibles de mortalité immédiate post-opératoire entre la chirurgie vésiculaire simple et la chirurgie cholédocienne, surtout quand cette dernière agit sur une lithiase cholédocienne infectée — les chiffres sont de 2 % pour la première à 12 % pour la seconde —, on peut se demander quelles sont les calculoses vésiculaires qui se compliquent de retentissement cholédocien.

C'est ainsi qu'on peut opposer le type des calculoses à gros calculs, soit unique, soit peu nombreux, au type des lithiases dans lesquelles l'intervention montre soit de petits calculins, soit de la boue biliaire.

Il est en effet rare (sans qu'on puisse cependant en faire une règle) qu'une vésicule contenant des calculs peu nombreux et de gros volume, ceux qu'on voit se détacher très nettement sur l'ombre vésiculaire lors de l'épreuve de Graham, se compliquer à plus ou moins longue échéance de lithiase cholédocienne.

Il n'en est pas de même en cas de multiples calculs. Ce sont ces derniers cas qui illustrent de façon éclatante les notions si importantes de tactique opératoire exprimées par le Pr GOSSET.

« Lors d'une intervention pour lithiase, après avoir constaté la présence de calculs dans la vésicule, on doit, comme par un véritable réflexe, aller au cholédoque et vérifier son état, sa grosseur, la présence de calculs. Il importe avant tout d'assurer la perméabilité cholédocienne, par cholédocotomie suivie d'ablation des calculs et drainage ou même anastomose si besoin est ; et ce n'est qu'après avoir traité la voie biliaire principale que l'on agira sur la vésicule ».

L'exploration cholédocienne reste toujours affaire délicate ou le chirurgien le mieux entraîné, le plus « habitué » peut méconnaître la présence d'un petit calcul. Cette difficulté, par ailleurs, justifie très amplement les essais d'examen per-opératoire dont MIRIZI s'est fait l'ardent défenseur au moyen de la Cholangiographie.

En dépouillant de nombreuses observations, on s'aperçoit que nombre de récidives après la cholécystec-

lomie sont de « Fausses récidives » et que la plupart des accidents graves secondaires à la cholécystectomie relèvent assez souvent de la présence d'un calcul méconnu et laissé in situ dans la voie biliaire principale.

Si on tient compte de ces données anatomo-pathologiques, on s'apercevra peut-être que la cholécystostomie peut donner d'excellents résultats quand, lors de l'intervention, on trouve un gros calcul véritable corps étranger intra-vésiculaire et dont l'ablation suivie de drainage externe transitoire du cholécyste est mieux proportionnée aux lésions souvent très minimes de la paroi vésiculaire.

A côté de ces raisons de pronostic, on sait que BÉ-RARD et MALLET-GUY se plaçant du point de vue physio-pathologique, ont essayé de systématiser les indications chirurgicales de la cholélithiase sur les résultats que peut donner l'épreuve de METZER-LYON.

Ils décrivent ainsi des « vésicules mortes » (scléro-atrophiques ou hydropisiques) qu'il faut enlever ; c'est dans ces cas de vésicules fonctionnellement et anatomiquement exclues que la cholécystectomie donne les meilleurs résultats. Des « vésicules endormies » pour lesquelles la cholécystostomie quoique aléatoire peut être proposé. Enfin des « vésicules actives », cas, « où l'on peut tout espérer d'une paroi vésiculaire qui réagit aussi bien », et dans lesquelles on est amené à proposer d'abord une cholécystostomie.

Résultats dans la cholécystite chronique non calculeuse

Voici quelques statistiques qu'il nous fut donné de relever dans la bibliographie française et étrangère :

STARR JUDD et PRIESTLEY : 62 % de résultats parfaits.

26 % de bons résultats.

J.-H. SAINT : 75 % de guérisons complètes.

12 % de très bons résultats.

LACOSTE, dans sa thèse, cite 52 % de guérisons et 18 % de grosses améliorations.

Il est certain que le nombre de ces statistiques peut paraître très insuffisant. Mais beaucoup d'auteurs dans les chiffres qu'ils publient, ne font pas de discrimination entre la cholélithiase et la cholécystite non calculeuse. Nous n'avons tenu compte que de ceux où celà était fait. Il est donc difficile d'en tirer des conclusions de valeur.

Mais il est possible de prendre le problème sous un autre angle qui est celui de la cholécystectomie. En

analysant les divers résultats de cette dernière, on s'aperçoit rapidement que tous les auteurs soulignent la notable différence qu'il y a quant aux résultats entre la cholélithiase et la cholécystite non calculieuse.

HARTMANN donne 60 % de bons résultats ; FINSTERER cite 17,6 % d'insuccès; GOSSET et PETIT-DUTAILLIS ont 71 % de bons résultats avec seulement 31,2 % de guérisons totales. SCHMECHEL (Cologne) donne 46% de guérisons et rejette avec von HABERER, la cholécystectomie dans les cholécystites non calculieuses. STANTON cite le chiffre de 53 % de guérisons. Enfin, LECÈNE écrivait « et si parfois, les malades sont notablement soulagés au moins pendant un certain temps, et se félicitent de l'opération, les autres, et c'est le plus grand nombre, au moins 5 ou 6 sur 10 n'en retirent qu'un bénéfice bien minime ».

Dans l'ensemble tous ces résultats sont infiniment moins bons que pour la cholécystite calculieuse. Par ailleurs, de nombreux auteurs considèrent que beaucoup de cholécystites non calculieuses ne sont pas d'ordre chirurgical. Certains (R.-S. FOWLER) citent le chiffre de 80 % quant à la proportion du nombre des cas qui relèvent uniquement du traitement médical et posent même que sur les cas restants, il n'y en a guère que 15 % où les indications opératoires soient absolues, les autres pouvant prêter à discussion.

On a ainsi de plus en plus tendance à n'enlever seulement que les vésicules très malades car il apparaît que les résultats sont d'autant meilleurs que les lé-

sions trouvées sont plus importantes. En particulier W.-A. MACKEY a remarqué que la cholécystectomie faite dans les cas où les lésions ou adhérences étaient limitées au col de la vésicule amenait 48 % de bons résultats alors que faite dans les cas où le cholécyste était atteint dans toute son étendue, elle guérissait 70 % des malades ; il ajoute cependant, que même avec les plus modernes techniques, il est impossible de prévoir le pronostic de la cholécystectomie pour cholécystite non calculeuse qui semble être considérée par GRAHAM à la limite entre les affections fonctionnelles et organiques.

Il nous semble donc, tout en regrettant de ne pas pouvoir apporter de preuves positives en grande abondance, que la tendance actuelle est de restreindre de plus en plus le champ de la cholécystectomie pour les cholécystites chroniques non calculeuses. La cholécystostomie reste, après constatation de lésions peu importantes de la vésicule et d'absence de calculs, l'intervention qui permet de réserver l'avenir.

Résultats dans la lipoïdose vésiculaire

HEPP, dans sa thèse sur cette affection, rappelle que sont partisans de la cholécystostomie ceux qui considèrent que l'inflammation reste toujours à l'origine du dépôt lipoïdique ou ceux qui basent leurs indications thérapeutiques sur l'état fonctionnel de la vésicule. Mais ajoute-t-il, plutôt que « de discuter sur des conceptions fort théoriques, il n'est que d'envisager les résultats de la cholécystostomie ». En soulignant la difficulté de trouver des éléments dans la littérature française, il signale que tous les avis étrangers sont particulièrement instructifs et que tous rejettent la cholécystostomie dans la « vésicule fraise ».

Résultats dans les affections fonctionnelles de la vésicule

Ces aspects de la pathologie vésiculaire en sont les derniers nés ; ils ont soulevé et soulèvent encore des problèmes physio-pathologiques, cliniques et thérapeutiques sur lesquels la lumière est loin d'être complète. C'est presque uniquement en France que le problème fut étudié, spécialement par l'école du Pr CHIRAY et par l'école lyonnaise de BÉRARD, MALLET-GUY et SAVY. Nous croyons qu'il est possible actuellement d'analyser les résultats en considérant séparément les vésicules dites de « stase » et les vésicules dites « hyperkynétiques ».

Résultats dans les vésicules de stase ou mieux atoniques

Sans entrer dans beaucoup de détails, on sait que cet état vésiculaire est individualisé, à côté de symptômes cliniques d'ordre vésiculaires dyspeptiques, migraineux et parfois mentaux, par les résultats de l'épreuve de Metzger-Lyon qui donne issue à une bile « B » très abondante, quoique difficile à obtenir, très noire et très concentrée, et par la cholécystographie

qui révèle une vésicule bien injectée mais ne s'évacuant jamais complètement ; enfin, lors de l'intervention la vésicule se présente sans ou avec très peu de lésions et est toujours distendue par de la bile hypercolorée. Cette « bile noire » est bien, pour CHIRAY d'origine vésiculaire, mais pour DESPLAS serait souvent liée à une lésion du foie ou à une maladie humorale.

Il est difficile, sinon impossible, de tenir compte des chiffres dans cette question. LACOSTE, dans sa thèse inspirée par DESPLAS, donne les résultats de 10 observations, avec une guérison datant de trois ans, 2 médiocres datant de deux ans, toutes les autres excellentes sans qu'il nous paraisse possible d'en tenir compte, les malades ayant été revus entre un an et quatre mois après l'intervention. On peut dire certainement que les résultats immédiats sont excellents, mais il est impossible de tirer des conclusions quant aux résultats éloignés, d'autant plus que LACOSTE insiste sur l'importance du traitement thermal associé à la chirurgie.

BÉRARD et MALLET-GUY préconisent les indications opératoires suivantes en groupant la stase vésiculaire sous deux aspects. Pour celle qui relève d'un obstacle sur l'hépatocolédoque, la cholécystostomie fait céder douleurs et troubles fonctionnels, mais au prix d'une fistule vésiculaire définitive ; l'anastomose ne donne pas non plus une amélioration notable et seule la cholécystectomie représenterait le traitement de choix de ce vice fonctionnel. Mais dans ces cas, la cho-

lécystostomie représente un moyen commode pour bien discriminer le syndrome par la possibilité qu'elle donne d'étudier le transit biliaire au moyen du lipiodol injecté dans la fistule.

Pour les autres, celles qui ne sont pas liées à un obstacle mécanique, ils préfèrent la cholécystostomie systématique ; cette intervention permet d'obtenir parfois aisément la guérison et si elle n'est pas suffisante, offre d'exceptionnelles facilités pour obtenir le diagnostic précis de cette déviation fonctionnelle, permettant ainsi d'agir secondairement en pleine connaissance de cause.

CHIRAY, en envisageant le problème sous l'angle physio-pathologique, en adoptant comme cause à la « cholécystatonie » le vice de contractilité de la vésicule, en soulignant la possibilité de la rééducation de cette fonction contractile par le drainage médical et l'heureuse action adjuvante des autres méthodes cholécystokynétiques, préfère avec beaucoup d'autres (SCHRADER) le drainage médical biliaire à la cholécystostomie, s'en référant aux très beaux résultats qu'il a obtenus.

On voit donc par ce rapide résumé de l'opinion des divers auteurs que l'accord sur un certain nombre de points est loin d'être réalisé. Tout le monde s'entend cependant pour prononcer l'exclusive contre la cholécystectomie dans les vésicules de stase. Et l'on est obligé de remarquer que la cholécystostomie, inter-

vention simple toujours facile à exécuter sur ces vésicules spécialement mobiles et particulièrement libres de toute adhérence, ne pourra jamais amener une aggravation du pronostic ou une difficulté thérapeutique ultérieure.

Elle peut, dit-on amener guérison, mais surtout, là encore, elle est l'intervention qui ne coupe pas les ponts, qui peut même faciliter singulièrement une précision ultérieure de diagnostic ; on peut donc y voir, pour le plus grand avantage du malade, le premier temps — qui pourra rester d'ailleurs isolé — d'une thérapeutique où la possible absence d'élégance est largement contrebalancée par la rigueur des indications opératoires qu'elle simplifie et qui seront posées en pleine connaissance de cause.

Résultats dans les vésicules hyperkynétiques

Ce syndrome d'hyperkynésie vésiculaire a été individualisé par BÉRARD et MALLET-GUY. Il peut relever de causes diverses, lésions cholédociennes ou lésions du sphincter d'Oddi. GOINARD a publié un cas de ce type de trouble vésiculaire sur lequel s'était greffé en plus une hépatite ictérigène. Et ces auteurs sont d'accord pour rejeter la cholécystectomie et constater que la cholécystostomie ne guérit pas — il la faudrait définitive —, mais pour considérer cette dernière comme le premier temps qui permet le diagnostic.

Celui-là posé par l'examen lipiodolé des voies biliaires, l'anastomose reste l'intervention qui sera préférée aux opérations portant sur le sphincter d'Oddi, lesquelles seraient presque fatalement suivies d'infection ascendante des voies biliaires.

Résultats dans les hépatites ictérigènes

Notre Maître, M. le Pr. Mocquot, dans un article du *Journal de Chirurgie* citait deux belles observations et en rappelait quatre, dont une du Dr Raoul-Charles MONOD, où il signalait la guérison qu'il avait obtenue par drainage biliaire externe dans des ictères dits par rétention sans qu'il fut possible de trouver à l'intervention une cause cholédocienne ou pancréatique.

En rappelant que le tableau clinique fait le plus souvent intervenir avec le diagnostic de calcul du cholédoque ou de sténose des voies biliaires, il souligne et approuve les idées que CAROLI avait déjà exprimées dans sa thèse. Il nous paraît nécessaire de les citer : « la plupart des chirurgiens s'attachent surtout à relever des altérations même minimales touchant l'hépatocolédoque et tiennent grand compte des voiles d'adhérences, des épaisissements des parois (cholédociite ou péricholédociite), de l'induration du pancréas. Mais, quand la voie principale n'est pas dilatée, quand le cathéter guidé par la main attentive d'un chirurgien compétent passe librement, quand la pancréatite est minimale ou nulle et que les parois cholédociennes sont souples, il ne faut pas à tout prix persister dans une conception mécanique de l'ictère, il vaut

mieux en rechercher au niveau du foie la cause dynamique ».

La question de la cholécystostomie fut également soulevée dans le traitement de l'ictère par VON HABERER qui rapporta sur 17 opérés seize guérisons à longue échéance. De même dans les ictères infectieux, elle fut proposée par CHABROL, BROCC et PORRIN ; sur l'observation d'une guérison ces derniers auteurs voient dans l'action de la cholécystostomie une confirmation de l'heureuse influence de la mise au repos de la cellule hépatique (qui présente des lésions de sclérose de l'espace porto-biliaire) et par là même une confirmation des hypothèses de TOUPET, MOCQUOT et PETIT-DUTAILLIS. Même si la cholécystite est en cause, ils ont pu dire que la cholécystostomie met au repos le cholédoque, tout comme la gastro-entérostomie le fait du canal pylorique.

A côté de celà, le Pr Mocquot par l'étude systématique de la bile émise dans les jours qui suivent la fistulisation a essayé de résoudre le problème de la durée du drainage. En confirmant que la bile jaune d'or contient plus de matériaux solides que la « bile noire » des premiers jours, que le taux de ses substances extractives augmentent progressivement jusqu'à une stabilisation relative, il conseille de ne pas faire durer trop longtemps le drainage. L'ictère disparu, la composition de la bile stabilisée, la perméabilité de la voie biliaire principale vérifiée indiquent que l'on peut laisser la fistule se fermer.

Par ailleurs, CHABROL et BUSSON en étudiant les variations de la bilirubinémie lors d'un drainage cholédocien nous ont montré la possibilité d'appliquer cette technique pour juger du moment de la suppression du drainage.

On voit donc, quoique les observations soient fort peu nombreuses, que la cholécystostomie est une excellente indication thérapeutique dans les hépatites ictérigènes, « quelle agisse, comme le dit le Pr MOCQUOT, en mettant au repos un canal irrité, ou comme nous le pensons, en ramenant à la normale les fonctions égarées du foie ».

Résultats dans les pancréatites chroniques

Les résultats de la cholécystostomie dans les divers aspects de la pancréatite chronique ont été mis au point par BROcq et MIGINIAC dans leur rapport au *Congrès de Chirurgie* en 1930. La question fut reprise un peu plus tard par OKINCZYC dont les conclusions sont semblables.

En soulignant les intercorrélations physiologiques entre le pancréas et les fonctions biliaires et la fréquence de l'association de lithiase biliaire et de pancréatite, on a toujours considéré comme une excellente indication thérapeutique la cholécystostomie en cas de pancréatite.

Déjà MALLET-GUY donnait des différences de résultats en fonction de l'état vésiculaire, citant 12 guérisons sur quatorze malades dans les cas où la pancréatite ne s'accompagnait d'aucune lésion vésiculaire ; 5 guérisons sur 6 malades quand elle s'associait à une cholécystite calculeuse et seulement trois guérisons sur six malades quand on trouvait en plus de la pancréatite des lésions de cholécystite chronique non calculeuse. Et dans l'ensemble, il affirmait que la cholécystostomie guérissait la pancréatite avec ictère sept fois sur dix et que dans les trois restants, la lésion

se montrait rebelle et récidivante, malgré tout traitement chirurgical.

Brocq résumait également ses indications opératoires compte tenu de l'état vésiculaire ; il envisageait deux possibilités. Avec une vésicule saine ou présentant peu de lésions (ce qui pourrait sous-entendre que la pancréatite est primitive) il donnait la préférence à la cholécystostomie qui lui semble meilleure à l'anastomose d'emblée, de technique plus difficile, de pronostic immédiat plus sérieux et qui parfois n'empêche pas toujours les lésions de pancréatite d'évoluer, sans méconnaître les accidents ultérieurs d'infection, de reflux, de sténose dont elle a pu se compliquer. Avec une vésicule très malade, ou calculeuse (la pancréatite serait alors une lésion de contiguité et serait marquée surtout par de la cellulite péri et intrapancréatite par inflammation diffuse du système lymphatique vésiculaire) la cholécystostomie reste l'opération de choix ; la cholécystectomie avec drainage de l'hépatocolédoque est un pis-aller qui, dans certains cas, malgré sa gravité peut devenir une opération de nécessité.

On voit donc que là encore, la cholécystostomie reste bien l'intervention très simple, non choquante qui amène les meilleurs résultats dans la plupart des cas (75 %) et qui ne sacrifie pas un organe dont on pourra avoir, dans un petit nombre de cas, grand besoin dans l'avenir.

Moyens d'études d'un malade ayant subi anciennement une cholécystostomie

Pour apprécier les fonctions vésiculaires, tardivement après cholécystostomie, nous avons à notre disposition deux moyens d'étude : le tubage duodénal et la cholécystographie.

1° Le tubage duodénal

Sans insister, rappelons les nombreuses discussions que l'épreuve de Metzer-Lyon a suscitées quant à sa valeur pour juger de la contractilité vésiculaire ; autrement dit toutes les discussions sur la valeur de la bile « B ». On peut les résumer en deux grands courants d'opinion :

— Les uns, avec LYON, considèrent l'apparition de la bile « B » comme subordonnée à la loi de l'innervation contraire et par conséquent admettent l'origine vésiculaire de la bile « B ».

— Les autres, avec EINHORN, voient dans la bile « B » une transformation, sous l'influence du sulfate de magnésie, de la sécrétion hépatique.

En prenant soin de bien définir la bile « B », et MILOCHEVITCH dans sa thèse inspirée par CHIRAY l'a très nettement fait, on peut différencier cette excrétion des « fausses biles B », recueillies chez d'anciens cholécystectomisés et relevant d'une stase biliaire dans le cholédoque; on peut affirmer que bile « B » égale bile vésiculaire, donc que l'absence de cette bile équivaut à la suppression physiologique de la vésicule.

2° L'épreuve de Graham

Nous n'avons pas à revenir sur l'intérêt de cette méthode qui fut introduite en France par le Pr GOSSET dès 1924. Les discussions sur son innocuité se sont éteintes avec les progrès et la diffusion de son emploi; et en faisant absorber au malade un produit pur par voie buccale les incidents sont si minimes (nausées, vomissements, diarrhées) qu'on peut les considérer comme inexistantes.

La valeur de la méthode a été parfaitement exprimée par BÉRARD et MALLET-GUY : « L'apparition des images vésiculaires et leur évolution dans les délais normaux signifient vésicule saine ou plus exactement vésicule fonctionnant de façon normale. L'absence d'image vésiculaire au cours d'une épreuve correctement pratiquée et en dehors de toute insuffisance hépatique signifie inversement vésicule malade ou tout au moins ne fonctionnant pas normalement ».

On peut affirmer que dans 90 % des cas le cholécys-

togramme correctement fait donne une réponse superposable à l'état physiologique de la vésicule.

Il est cependant utile de noter l'opinion de V.-G. BURDEN qui semble faire quelques réserves judicieuses sur la valeur de l'épreuve de Graham et sans doute pense-t-il au 10 % d'erreurs. D'une part, il fait remarquer que parfois lors de l'intervention, on peut trouver de la bile très concentrée dans des vésicules qui n'avaient donné aucune ombre lors de l'épreuve préopératoire. D'autre part la possibilité d'image pâle peut parfois s'expliquer non par déficience de concentration mais par hypermotilité d'expulsion de la vésicule. Enfin le sphincter d'Oddi peut, par son incompétence de fermeture, ne pas permettre à la vésicule de se remplir; dans ces cas, une ombre très faible ou même absente pourrait faire croire, à tort, à une lésion vésiculaire.

Résultats de ces diverses explorations

C'est ainsi que BÉRARD et MALLET-GUY sur six de leurs anciens cholécystostomisés firent des tubages pour juger des fonctions vésiculaires ; quatre explorations selon la technique de Metzer-Lyon montrèrent un bon fonctionnement ; les deux autres montrèrent une vésicule physiologiquement détruite.

Mais ils insistent sur l'importance des signes subjectifs au cours de l'examen, en particulier l'intérêt qu'il

y a d'analyser les douleurs provoquées au cours du tubage. Aussi nous avons préféré retenir la cholécystographie comme moyen d'appréciation du fonctionnement vésiculaire. Il est plus rapide, plus facilement accepté par le malade et se traduit par une image dont le caractère d'objectivité nous a plu.

Quelques essais furent tentés dans ce sens, principalement à l'étranger. SPURLING et WHITAKER, en 1927, publièrent les résultats de 12 cholécystographies qu'ils firent sur d'anciens cholécystostomisés. Ils n'obtinent que deux résultats positifs ; dix vésicules n'étaient pas injectées ou si faiblement qu'on devait considérer l'examen comme négatif et en conclurent que ces dernières n'avaient pas récupéré leur fonctionnement normal ; ils affirmaient même « que l'espoir qu'une vésicule cholécystostomisée peut retrouver ses fonctions est non seulement futile, mais peut être dangereux pour le futur du malade ». MOORE en 1928 exprimait un avis semblable à celui des deux auteurs précédents.

LERICHE, en 1931, relate l'observation d'une malade qui avait été cholécystostomisée après constatation d'une cholécystite avec pancréatite. Un peu plus tard, l'opérée présentant à nouveau des troubles douloureux, un examen radiotétraiodé a mis en évidence la présence de calculs ; on réintervint pour faire une cholécystectomie (vésicule contenant quatre calculs dans le bassinnet).

En 1931, Bruce FLEMING revoyant 36 malades ayant eu un drainage biliaire externe dont 32 pour cholécystite calculeuse obtient dans 29 cas un Graham négatif, 6 fois une vésicule visible mais n'expulsant pas et seulement un cas où la vésicule était normale. Il en conclut que la cholécystostomie ne peut restaurer les fonctions normales du cholécyste et que la guérison ne semble donc pas subordonnée au bon fonctionnement vésiculaire.

BÉRARD et MALLET-GUY utilisèrent par deux fois en 1932, l'épreuve de Graham chez deux anciennes cholécystostomisées pour lithiasé dite aseptique, l'une 18 mois, l'autre 8 mois après l'intervention ; un seul cas, le second, fut très nettement positif.

En 1935, James-H. SAINT donne les résultats de cholécystogrammes faits de 11 à 20 ans après 18 cholécystostomies et montre que sur douze cas de guérison clinique la vésicule ne fonctionne bien que 6 fois et que les 6 autres fois elle est fonctionnellement détruite ; que chez six malades non soulagés elle est normale une fois et ne fonctionne pas cinq fois ; donc que dans l'ensemble la vésicule est mauvaise dans 61 % des cas.

Plus récemment, E.-L. JENKINSON, en 1936, a revu 21 cholécystostomies faites pour lithiasé vésiculaire; 19 avaient un fonctionnement normal s'injectant et ex-

pulsant correctement le tétraïode; parmi elles deux montraient l'ombre de calculs ; les cinq autres étaient pathologiques. Il en tire des conclusions qui naturellement sont diamétralement opposées à celles de SPURLING et WHITAKER.

Observations

Nous avons relevé toutes les observations des malades qui ont subi, dans le service de notre Maître M. le Pr. GOSSET, entre 1930 et 1936 une cholécystostomie. Nous en avons trouvé en tout 29.

L'intervention fut faite pour des affections diverses. Les suites opératoires furent parfaites, le temps d'hospitalisation des malades s'échelonnant entre six semaines et trois mois. La presque totalité d'entre eux sortirent, leur fistule s'étant spontanément fermée à la suite de l'ablation de la sonde; d'autres subirent une seconde intervention pour fermer opératoirement la fistule persistante.

De ces 29 malades, malgré la diligence de l'Assistante Sociale du service, seuls 14 malades ont répondu à un questionnaire qui leur avait été envoyé. Nous avons su que parmi les 15 autres, l'une d'entre elles était décédée 18 mois après l'intervention; il s'agissait d'une cholécystostomie faite après que l'on eut constaté opératoirement un cancer de la tête du pancréas.

Nous avons pu obtenir de 9 malades qu'ils veuillent

bien se prêter à de nouveaux examens. Voici ces neuf observations et les résultats que nous a donnés l'épreuve de Graham.

Obs. I. — Mme C..., âgée de 46 ans, est hospitalisée dans le service du Pr. GOSSET le 26 janvier 1932 pour un ictère douloureux et fébrile.



FIGURE 1

Cet ictère a débuté six semaines auparavant; il est très intense, jaune foncé; les matières sont décolorées;

les urines sont hautes en couleur. Il s'accompagne de prurit et d'une température à 38° avec une brady-



FIGURE 2

cardie légère à 72. Mais surtout il est douloureux, la malade souffrant de crises violentes dans l'hypocondre droit; ces douleurs durent une dizaine de minutes

et se renouvellent assez souvent dans la journée et dans la nuit.

Le ventre est souple sauf dans la région sous-costale droite où on localise un point vésiculaire très net; la manœuvre de MURPHY est positive. La vésicule est impalpable, le foie est gros, dépassant le rebord costal de trois travers de doigt.

Cette malade ne présente pas un trop mauvais état général; elle pèse 52 kgs. Elle a eu 9 grossesses normales et dit avoir fait la typhoïde en 1917. L'examen clinique et radioscopique de l'appareil pulmonaire ne montre rien d'anormal; les urines contiennent quelques traces de sucre et de l'urobiline; l'azotémie est à 0,25 ‰; le taux de la cholestérine sanguine est élevé, atteignant 2 gr. 64. Les temps de coagulation et de saignement sont normaux.

On décide d'intervenir ayant posé le diagnostic calcul du cholédoque.

INTERVENTION. — 10 février 1932. Pr. GOSSET. Anesthésie : Ether. Incision médiane sous-ombilicale. Mauvaise paroi. On découvre une grosse vésicule contenant de la bile très foncée; elle ne contient pas de calculs.

Le cholédoque est de volume normal et ne fait pas sentir au palper de calculs. L'estomac, le duodénum, le côlon sont normaux. La tête du pancréas est dure. On pose le diagnostic opératoire de pancréatite chronique. On fait une cholécystostomie.

Reconstitution de la paroi à la soie.

La malade a gardé sa sonde pendant huit mois au bout desquels la fistule vésiculaire s'est fermée spontanément après suppression de la sonde.

Elle est revue le 16 janvier 1937; elle a beaucoup grossi (poids : 63 kgs.); elle présente un peu d'hypertension (12—17 avec l'appareil de VAQUEZ); elle se plaint de douleurs a peu près constantes, peu marquées, mais présentant des paroxysmes vespéraux.

Un examen radiotétraïodé de la vésicule est demandé.

Sur un premier cliché on voit une très belle image arrondie, bien limitée, de la vésicule. Sur un second cliché fait après repas de BOYDEN, l'image de la vésicule tout aussi nette s'est considérablement rétrécie. Ces clichés que nous avons reproduits (voir fig. n° 1 et 2) montrent que cette vésicule présente des fonctions normales de concentration et d'expulsion de son contenu.

Obs. II. — M. J..., âgé de 64 ans, entre le 13 mars 1932, dans le service du Pr. GOSSET pour un ictère ayant débuté une semaine auparavant.

Avant l'apparition de cet ictère, le malade a fait une crise douloureuse de l'hypocondre droit ; les douleurs étaient intenses, paroxystiques et s'accompagnaient de vomissements glaireux; la température était très élevée à 40°.

L'ictère est très prononcé, les selles sont complète-

ment décolorées, les urines sont foncées. La température se maintient entre 39 et 40°; le pouls n'est pas dissocié.

La région sous-costale est douloureuse et l'on détermine une douleur plus nette dans la zone vésiculaire et dans la région épigastrique. Le foie est gros, lisse, régulier et l'on palpe son bord inférieur en regard de l'ombilic. Ses dimensions rétrocedent d'ailleurs au cours des examens successifs. On ne sent pas de tuméfaction vésiculaire.

Il n'y a rien de spécial à signaler du côté du cœur et des poumons. Les urines sont abondantes, contiennent un peu d'albumine et surtout de l'urobiline. L'azotémie est à 0 gr. 38 ‰; le taux de la cholestérine sanguine atteint 1 gr. 62 ‰; le temps de coagulation est de six minutes, le temps de saignement est de 4 minutes.

Ce malade présente des signes de coliques hépatiques depuis plus de deux ans; on décide d'intervenir ayant posé le diagnostic de calcul du cholédoque.

INTERVENTION. — 13 avril 1932. Pr. GOSSET. Anesthésie : Balsoforme. Incision médiane sus et sous-ombilicale. On voit une vésicule blanche rétractée sous le foie, à parois épaissies. Le foie est adhérent de sorte qu'on ne peut le faire basculer. On ponctionne la vésicule et on en retire une bile très foncée. Pas de calculs dans la vésicule.

On ne sent pas de calculs dans le cholédoque. L'estomac et le duodénum sont normaux. Le pancréas est

gros et dur. On pose le diagnostic opératoire de cholécystite chronique non calculeuse. On se contente de faire une cholécystostomie aux muscles et dans quelques jours on fera un examen lipiodolé du transit biliaire par l'orifice fistuleux, pour se rendre compte de l'état des voies biliaires.

Drain n° 20 dans la vésicule; 2 mèches. Fermeture de la paroi à la soie.

Les mèches étaient enlevées le 21 avril, le malade garda sa sonde deux mois et quitta l'hôpital le 19 juin 1932.

On revoit le malade en janvier 1937. Depuis 1932, et malgré un régime sévère, M. J... a présenté des crises douloureuses de l'hypocondre droit assez fréquentes; en particulier, depuis novembre 1936, il a fait des épisodes douloureux et ictériques avec vomissements et température. Il a maigri de 14 kgs. sur son poids d'avant l'intervention. Le foie est un peu gros, la région sous-costale droite est sensible.

Une épreuve de GRAHAM est demandée.

Sur les deux clichés pris on ne voit pas d'image vésiculaire.

Obs. III. — Mme C..., âgée de 57 ans, entre dans le service du Pr. GOSSET, le 24 juin 1932 pour crise douloureuse dans l'hypocondre droit.

La malade présente des antécédents de coliques hépatiques très nettes depuis des années. Sa dernière

crise date de trois semaines. Elle a présenté par ailleurs une typhoïde et eut deux grossesses.

Actuellement l'état de cette malade est sérieux; elle présente une température vespérale à 38°2; elle est légèrement ictérique; les selles sont à peine décolorées; les urines sont hautes en couleur et contiennent de l'urobiline.

A la palpation de l'hypocondre droit, on a l'impression d'un empâtement douloureux de toute la région.

On pose le diagnostic de cholécystite calculeuse avec péricholécystite et l'on décide d'intervenir.

INTERVENTION. — 1^{er} juillet 1932. Pr. GOSSET. Anesthésie : Ether. Incision médiane sus et sous-ombilicale. On découvre une vésicule débordant le bord inférieur du foie de un travers de doigt. Elle est très indurée et adhérente au duodénum. On la libère. L'induration se propage au foie et l'on a l'impression tout d'abord d'une vésicule néoplasique.

On ponctionne la vésicule; elle contient un peu de pus. On l'ouvre et on en retire 4 calculs (un de la grosseur d'une noix, deux d'une noisette et un de la grosseur d'un pois).

Sitôt après l'ablation des calculs, il s'écoule un peu de bile duodéno-vésiculaire comme s'il était en train de se former une fistule duodéno-vésiculaire.

On place un drain dans la vésicule et on protège par deux mèches.

Fermeture de la paroi à la soie.

La malade garde sa sonde cinq semaines et sort du service en excellent état le 6 août 1932.

Depuis l'intervention la malade a grossi.

Nous la revoyons le 30 janvier 1937. Elle est en excellent état n'a jamais représenté de crises douloureuses. Elle suit un régime assez sévère.

On demande un examen radiotétraiodé de la vésicule.

Malgré une absorption correcte du produit, on ne voit pas d'image vésiculaire.

Obs. IV. — Mme B..., âgée de 60 ans, entre dans le service du Pr. GOSSET, le 29 août 1933 pour douleurs du carrefour hépato-biliaire.

Quinze jours avant son entrée, la malade a présenté une douleur très intense, au-dessous du rebord costal droit avec irradiation scapulaire droite et qui s'accompagnait de vomissements bilieux. Le lendemain, les selles étaient décolorées et diarrhéiques, les urines hautes en couleur.

Sous l'influence de la glace, la douleur s'estompa; le 30 août elle était à 38°. Il n'y a absolument pas trace d'ictère.

Le ventre est souple et indolore.

Cette malade a subi en 1931, une hystérectomie pour fibrome.

L'examen radioscopique du cœur montre une ombre cardiaque un peu augmentée de volume; l'appareil respiratoire est normal. Le temps de coagulation est de quatre minutes.

On décide d'intervenir ayant posé le diagnostic de cholécystite calculuse.

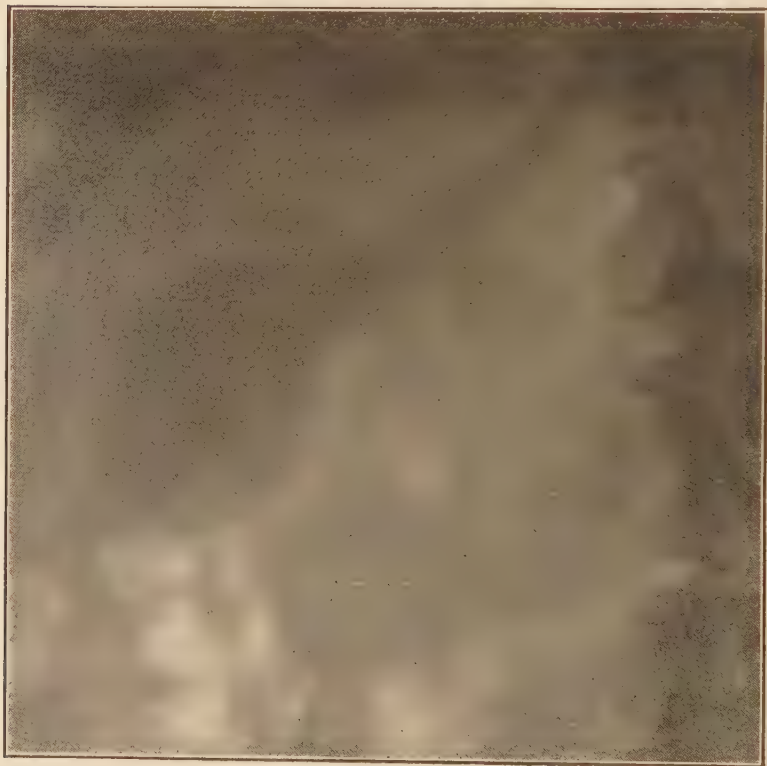


FIGURE 3

INTERVENTION. — 22 septembre 1933. Dr. PETIT-DUTAILLIS. Anesthésie : Ether.

Laparotomie transversale sous-costale à cause de la situation franchement latérale de la vésicule. On tombe sur un bloc d'adhérences fusionnant complè-



FIGURE 4

tement à la paroi, le foie, le duodénum, le côlon et la vésicule. En décollant les adhérences on découvre du pus venant d'un abcès péri-vésiculaire.

La vésicule est bourrée de calculs de même que le cystique et est pleine de pus. Il n'y a pas de calculs dans la voie biliaire principale. On curette les calculs.

On place un drain et deux mèches dans la vésicule.

La malade garde son drainage vésiculaire pendant deux mois; à la suite de l'ablation de la sonde la fistule se ferme spontanément. La malade sort guérie le 10 décembre 1933.

En janvier 1934, elle présente le matin à jeun et par deux fois des vomissements bilieux.

Nous la revoyons en janvier 1937. Elle suit toujours un régime sans viande ni graisse, n'accuse que de très légers troubles et présente un état général excellent. La cicatrice présente une toute petite éven-tration indolore et sans grande impulsion à la toux. L'abdomen est souple et complètement indolent.

On fit un examen radiotétraïodé de la vésicule qui n'entraîna aucune douleur. On voit (fig. 3 et 4) à cheval sur l'ombre de la douzième côte, l'ombre régulièrement allongée de la vésicule. Un cliché fait après repas de Boyden montre une image plus petite et bien nette qui prouve que la vésicule a conservé partiellement ses fonctions de concentration et d'expulsion.

Obs. V. — Mme D..., âgée de 50 ans, entre dans le service du Pr. GOSSET, en mars 1935, pour des douleurs dans l'épigastre et dans l'hypocondre droit qu'elle ressent depuis plus de trois ans.

Surtout en avril, octobre et décembre 1934, elle a fait trois crises douloureuses très violentes siégeant à l'épigastre mais irradiant à l'épaule droite; ces douleurs étaient accompagnées de vomissements alimentaires. Et à chaque crise survint un ictère avec décolorations complètes des selles et urines hautes en couleurs; la température se maintenait entre 38,5 et 39°. Depuis décembre 1934, elle a fait trois nouvelles crises, surtout une particulièrement violente en mars 1935 avec ictère franc.

Elle est actuellement toujours fébrile et ictérique; les urines contiennent de l'albumine.

Tout l'hypocondre droit est douloureux; on provoque une défense bien nette dans la région sous-costale droite; le reste de l'abdomen est souple et indolore.

A la radioscopie du thorax, les champs pulmonaires sont clairs; les hiles sont fortement chargés et la coupole diaphragmatique est fixée dans sa partie moyenne. L'ombre cardiaque est de volume normal. Il n'y a pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Le temps de coagulation est de quatre minutes et demie; le temps de saignement atteint 7 minutes et demie. La numération globulaire donne des chiffres

normaux. Le taux de l'azotémie est de 0,25 ‰; celui de la cholestérinémie s'élève à 2,25 ‰.

On décide d'intervenir ayant posé le diagnostic de cholécystite non calculieuse.

INTERVENTION. — Dr BAUMANN. 25 avril 1935. Anesthésie : Ether.

Laparotomie verticale sur le bord externe du muscle grand droit. Nombreuses adhérences colo et duodéno-hépatiques. Après libération, on tombe sur une vésicule petite, rougeâtre et recroquevillée, ne contenant pas de calculs. Le cholédoque n'est pas dilaté et ne contient pas de calculs.

L'estomac, le duodénum et le côlon sont normaux. Le pancréas est souple et non hypertrophié.

On confirme donc que le diagnostic clinique de cholécystite chronique et on décide de faire une cholécystostomie assez difficile à exécuter sur cette vésicule rétractée.

Lors de l'ouverture, la vésicule est vide et le flux biliaire ne s'établira que le lendemain.

La malade a gardé son drainage vésiculaire six mois au bout desquels après ablation de la sonde la fistule s'est fermée spontanément.

Nous revoyons cette malade en janvier 1937, depuis son intervention elle a présenté un état de santé moyen; un régime assez sévère lui permet des digestions correctes. Elle se plaint de quelques troubles douloureux, ni fréquents, ni intenses dans la région opératoire. Elle a repris de 7 kilos.

On a demandé un examen tétraïodé de la vésicule : elle n'est pas injectée quoique le tétraïode ait été correctement absorbé.

Obs. VI. — Mme L..., âgée de 49 ans, entre dans le service du Pr. GOSSET, le 17 novembre 1935, pour crises douloureuses dans l'hypocondre droit.

Le début de l'affection remonte à 1925 et fut marqué par des crises douloureuses, durant de un à trois jours, et déclenchées par l'absorption de chocolat ou d'œufs. Depuis juillet 1935, les crises deviennent de plus en plus fréquentes et s'accompagnent de vomissements post-prandiaux et de constipation. En novembre 1935, une crise plus forte que ne le furent les autres dure 35 minutes et s'accompagne de fièvre. La douleur irradie dans la région scapulaire postérieure et à l'épaule droite. Après les crises les selles sont décolorées.

Actuellement, la malade ne présente pas d'ictère; la température est subnormale.

La paroi abdominale est très grasse et le palper donne l'impression d'une cellulite intense et douloureuse située dans toute la région épigastrique. Néanmoins, il semble que la région vésiculaire est spécialement sensible.

Il est impossible de faire l'examen radiotétraïodé, la malade ayant vomi le produit absorbé. Il n'y a rien de spécial à signaler du côté du cœur et des poumons. La formule sanguine est normale; le taux de l'azo-

témie est de 0,20 ‰; la cholestérinémie est élevée à 2 gr. 10 ‰. Le temps de coagulation est de huit minutes.

On décide d'intervenir en posant le diagnostic de cholécystite.

INTERVENTION. — 27 janvier 1936. Pr. GOSSET, Anesthésie : Ether.

Incision latérale droite le long du bord externe du muscle grand droit. On découvre une grosse vésicule à parois très minces et très adhérentes. Il n'y a pas de calculs. On ponctionne le cholécyste et on aspire 50 gr. de bile très foncée qui est envoyée au laboratoire pour examen bactériologique.

On ne sent pas de calculs dans la voie biliaire principale.

On fait une cholécystostomie à la peau.

Examen de la bile prélevée au cours de l'intervention : pas de réaction inflammatoire; rares cristaux de cholestérine. Après culture on identifie la présence de colibacilles et d'entérocoques.

L'ablation de la sonde qui fut faite au bout de sept semaines n'est pas suivie de la fermeture spontanée de la fistule.

On réintervint donc (Pr. GOSSET) le 23 mars 1936, pour fermer cette fistule et la malade sort le 18 avril 1936.

Depuis lors cette malade est suivie à la consultation du Dr GUTMANN. Elle a présenté, par cinq fois, la première ayant eut lieu quatre mois après la der-

nière intervention, des crises douloureuses assez intenses et rappelant celles qui l'avaient amené à consulter; elle semble soulagée par un traitement d'ondes courtes et de rayons infra-rouges.

On la revoit le 30 janvier 1937; elle est en assez bon état, ayant repris depuis l'intervention 7 kgs. Elle se plaint d'un endolorissement de toute la partie supéro-droite de l'abdomen. Le palper léger est presque plus douloureux que le palper appuyé et cela nous fait penser à une cellulite assez intense.

On demande une épreuve de Graham : l'absorption du produit a entraîné quelques douleurs dans la région vésiculaire. On voit sur le premier cliché pris une ombre peu nette qui, à la rigueur, peut être interprétée comme celle de la vésicule; sur le second cliché, l'ombre a disparu.

Obs. VII. — Mme E..., âgée de 25 ans, entre dans le service du Pr. GOSSET, le 9 mars 1936, pour douleurs dans la fosse iliaque droite.

Le début de l'affection remonte à 3 ans; les crises douloureuses sont peu nettes, provoquées par des écarts de régime; elles siègent à la base du thorax et dans l'hypocœndre droit et irradient à l'épaule et à la pointe de l'omoplate droite. Elles s'accompagnent de frissons, de vomissements; elles durent quatre à cinq jours. Dans les jours qui suivent apparaît un léger subictère en même temps que de la diarrhée.

Une appendicectomie antérieure n'a pas amené de soulagement.

L'hypocondre droit est à peine sensible se laissant facilement déprimer; le foie est un peu gros, non ptosé, dépassant de un travers de doigt le rebord costal. La cicatrice d'appendicectomie est souple et indolore. Les radiotétraïodées ne donnent aucun résultat.

Le cœur et l'appareil respiratoire sont normaux; la tension est de 13-9 à l'appareil de Vaquez; les urines contiennent un peu d'urobiline; le temps de coagulation est de cinq minutes; le temps de saignement est de deux minutes.

L'intervention est décidée avec le diagnostic de cholécystite.

INTERVENTION. — 18 mars 1936. Pr. GOSSET. Anesthésie : Ether.

Incision latérale droite. On tombe facilement sur une vésicule d'aspect, de coloration et de souplesse normale mais distendue par son contenu. On retire par ponction 50 gr. de bile très foncée. Il n'y a pas de calculs, ni dans la vésicule, ni dans le cholédoque dont les parois sont normales.

Le duodénum, l'estomac et le côlon sont normaux.

On fait donc une cholécystostomie aux muscles avec une sonde de Pelzer n° 16.

Fermeture de la paroi à la soie.

On enlève la sonde au bout de quatre semaines et la malade sort de l'hôpital le 20 avril 1936, conser-

vant sa fistule qui ne s'est pas fermée spontanément.

Au bout de quatre mois, elle est réhospitalisée et le 20 juillet 1936, on ferme chirurgicalement la fistule.

La malade est revue en janvier 1937; elle présente toujours les mêmes douleurs à type de névralgies plhréniques et scapulaires postérieures. On palpe le bord inférieur du foie qui dépasse sensiblement le rebord costal.

On refait un examen radiotétraïodé de la vésicule. Malgré une absorption correcte du produit, l'ombre de la vésicule n'est visible sur aucun des deux clichés qui furent pris.

Obs. VIII. — Mme V..., âgée de 56 ans, entre le 24 mars 1936, dans le service du Pr. GOSSET, pour crises douloureuses de l'hypocondre droit.

Le début remonte à un an et demi, ces douleurs survenaient par crises qui devinrent bientôt quotidiennes. Elles siègent dans le creux épigastrique et s'accompagnent de nausées ou de vomissements alimentaires ou bilieux. Il n'y eut jamais d'ictère franc; simplement un peu de subictère des conjonctives; les selles sont normales.

La palpation révèle de la douleur dans la région sous-costale droite et une certaine sensibilité de la zone pancréatico-cholédocienne. Tout le reste de l'abdomen est souple et indolore. On essaie par trois fois, et sans pouvoir y parvenir, de faire un tubage duodénal.

Cette malade a eu trois grossesses normales; en 1913, elle subit une appendicectomie pour appendicite aiguë et en 1930, une hystérectomie pour fibrome. L'examen radioscopique du cœur et des poumons est normal; l'ombre aortique semble un peu opaque et légèrement élargie. La tension artérielle est de 18-9 au Vaquez. Il n'y a pas de sucre, ni d'albumine dans les urines. L'azotémie est à 0 gr. 25 ‰; la cholestérine du sang s'élève à 2 gr. 40 ‰. Le temps de coagulation est de huit minutes; celui de saignement est de trois minutes et demie.

Le diagnostic du Dr GUTMANN est cholécystite sub-aiguë non calculeuse et sur la fréquence de plus en plus grande des crises douloureuses conseille l'intervention.

INTERVENTION. — 29 avril 1936. Pr GOSSET. Anesthésie : Novocaïne locale.

Incision latérale droite sur le bord externe du muscle grand droit. On voit une vésicule d'apparence normale repoussée par une masse qui adhère dans la profondeur et qui est reconnue comme étant le pancréas. Il n'y a pas de calculs dans la vésicule ni dans la voie biliaire principale.

Le duodénum, l'estomac et le côlon sont normaux.

On porte le diagnostic de pancréatite chronique.

Cholécystostomie pour soulager le pancréas; la vésicule est fixée aux muscles et à la peau et est drainée avec un drain n° 20.

Réfection de la paroi à la soie.

Les suites opératoires sont normales et la malade sort le 27 mai 1936, gardant sa sonde; on préfère laisser subsister le drainage pendant au moins quatre mois.

L'ablation de la sonde ne fut pas suivie de la fermeture spontanée de la fistule et la malade est hospitalisée à nouveau le 12 octobre 1936. On ferme chirurgicalement la fistule le 29 octobre 1936.

La malade est revue en février 1937; elle est en excellent état, elle ne souffre plus; les digestions sont correctes. La reprise de poids a été de 2 kgs.

L'épreuve de Graham permet de voir sur l'un des clichés une image vésiculaire nette, mais pâle.

Obs. IX. — M. T..., âgé de 47 ans, entre dans le service du Pr GOSSET le 1^{er} décembre 1936, pour crises douloureuses dans le flanc droit.

Le début de l'affection remonte à plus d'un an; douleurs assez peu nettes, siégeant dans tout le flanc droit et s'accompagnant parfois de vomissements bilieux et de crises de diarrhée post-prandiales. Ces symptômes avaient fait penser à une appendicite chronique et en octobre 1935, il subit une appendicectomie. Cette intervention ne le soulagea pas. Lors de son entrée, la courbe thermique fait de petits crochets à 38°1, 38°3; l'état général n'est pas très touché et seule la douleur est présente.

Au palper, la fosse iliaque droite est souple et in-

dolore; la région de l'hypocondre droit est sensible avec un point cystique douloureux très net. Le foie ne semble pas gros. On fait un tubage duodénal qui



FIGURE 5

permet de recueillir de la bile contenant de nombreux colibacilles à la culture. Une épreuve de Graham est demandée. On voit sur le cliché l'image d'une très belle vésicule s'injectant et expulsant cor-

rectement mais en position spécialement basse.

On décide d'intervenir ayant posé le diagnostic de vésicule atonique.

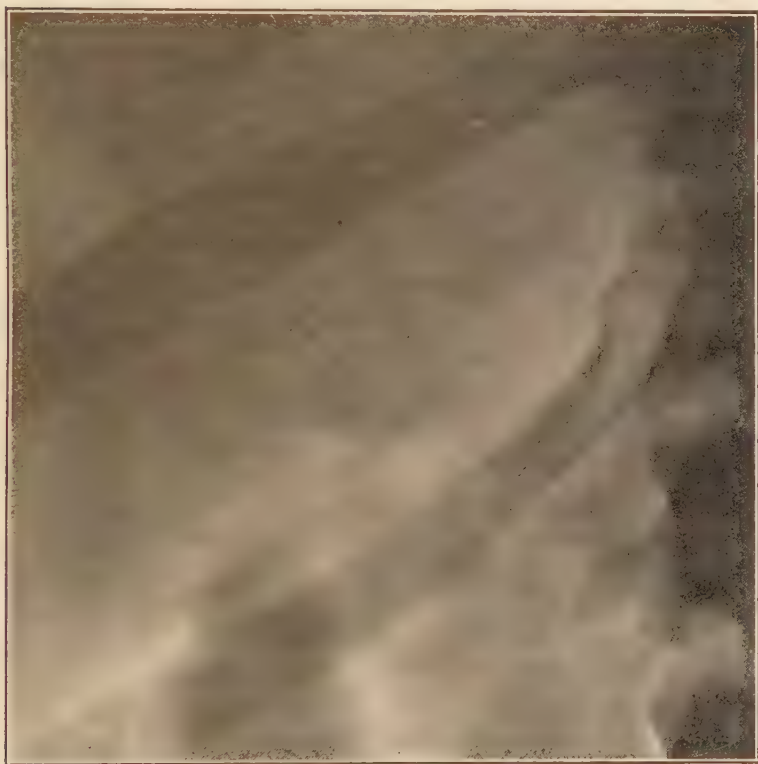


FIGURE 6

INTERVENTION. — 7 décembre. Dr YOVANOVITCH.
Anesthésie : Ether.

Incision para-rectale droite longue de 10 cm. Rien d'anormal sauf que la vésicule est grosse, dilatée, à

parois atones et se vide mal par expression digitale. Elle ne contient pas de calculs. On n'en sent pas non plus dans le cholédoque. Le pancréas est souple.

On retire par ponction vésiculaire 10 cc. de bile très noire et d'aspect goudronneux.

On fait une cholécystostomie continente selon la technique de Desplas. Paroi en trois plans sans drainage.

Examen de la bile prélevée au cours de l'intervention : nombreux colibacilles.

Le malade garde sa sonde six semaines et sort le 14 janvier 1937, la fistule s'étant spontanément fermée.

Nous le revoyons fin février 1937 ; il se plaint toujours des mêmes troubles douloureux, surtout après les repas. La diarrhée post-prandiale n'a pas cessé. Cependant la région opératoire est souple et indolore.

Un nouvel examen radiotétroïodé est demandé : un peu au-dessous de l'ombre de la XI^e côte, on voit l'ombre peu accentuée mais de contours très nets de la vésicule. Sur un deuxième cliché pris après repas de Boyden, l'ombre vésiculaire a disparu. La vésicule biliaire a donc un pouvoir de concentration relativement faible mais de bonnes qualités d'expulsion. (Voir fig. 5 et 6).

N° de l'Ob.	Diagnostic posé lors de l'intervention	Temps écoulé depuis l'intervent	Résultat de l'épreuve de Graham	Etat actuel du Malade
I	Pancréatite chronique.	4 ans.	Positif.	Continue à souffrir.
II	Cholécystite non calculeuse.	3 ans 10 mois.	Négatif.	Continue à souffrir.
III	Choléc. calcul. et périchol.	3 ans et demi.	Négatif.	Etat parfait.
IV	Cholécystite infectée et calcul.	3 ans 3 mois.	Positif.	Etat parfait.
V	Cholécystite non calculeuse.	29 mois.	Négatif.	Etat moyen.
VI	Cholécystite chronique.	1 an.	Négatif.	Continue à souffrir.
VII	Vésicule à bile noire.	10 mois.	Négatif.	Continue à souffrir.
VIII	Pancréatite chronique.	9 mois.	Faiblem. Pos.	Bon état.
IX	Vésicule à bile naire.	2 mois et demi.	Positif.	Continue à souffrir.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

A la lumière de ces neuf observations récapitulées dans le tableau précédent, il nous a semblé que nous pouvions essayer de poser deux problèmes :

1° La cholécystostomie modifie-t-elle et en quel sens les fonctions préexistantes de la vésicule opérée ?

2° La cholécystostomie a-t-elle apporté une amélioration et dans quelle mesure à l'affection causale ?

Modification des fonctions vésiculaires à la suite de la cholécystostomie

Commençons par l'étude du fonctionnement vésiculaire après cholécystostomie quand il fut constaté, lors de l'intervention des LÉSIONS MACROSCOPIQUES DU CHOLÉCYSTE.

L'observation II présente le cas d'une vésicule blanche rétractée sous le foie, à parois épaissies ; elle ne contient pas de calculs mais seulement de la bile très foncée. L'étude cholécystographique donne un résultat totalement négatif : la vésicule reste fonctionnellement détruite.

L'observation III est celle d'une vésicule débordant le bord inférieur du foie ; elle est indurée, très adhérente au duodénum, donnant même par sa consistance l'impression d'une vésicule néoplasique ; elle contient quatre calculs. Là encore la cholécystographie est négative ; la vésicule est fonctionnellement détruite.

L'observation IV présente une vésicule noyée dans un bloc soudant à la paroi le foie, le côlon et le duodénum ; la vésicule contient du pus et est bourrée de

calculs. L'épreuve de Graham est positive et le repas de Boyden montre la contractilité vésiculaire. Cette observation très intéressante mérite une place à part et nous y reviendrons ultérieurement.

L'observation V présente une vésicule petite, rouge, recroquevillée, ne contenant pas de calculs et sur laquelle la cholécystostomie fut difficile à exécuter. La cholécystographie est négative ; la vésicule est donc physiologiquement détruite.

L'observation VI est celle d'une grosse vésicule à parois très minces et très adhérentes ; elle ne contient pas de calculs mais une bile qui est très foncée. L'épreuve de Graham donne une image extrêmement faible et qui doit logiquement faire conclure à la suppression physiologique de l'organe.

Ainsi ces cinq observations dans lesquelles l'intervention a mené sur des lésions vésiculaires importantes ont toutes une exploration radiotétraïodée négative sauf dans l'une d'elles (cas N° IV).

Encore que dans cette dernière observation, il faille souligner le caractère aigu de l'évolution des accidents ; aucun antécédent bilio-vésiculaire ; et c'est six semaines avant l'intervention que date le début de cette *véritabte cholécystite aiguë et suppurée*.

Les quatre autres cas, où les lésions vésiculaires sont chroniques nous permettent de dire que si le choléciste est malade :

présentant des parois épaissies,
s'accompagnant de péricholécystite,
contenant ou non des calculs,
la mise au repos transitoire par drainage chirurgical
suffisamment prolongé (2 mois — 5 semaines — 6
mois — 2 mois) n'a pas fait récupérer à l'organe sa
double fonction de contractilité et de concentration.

Etudions maintenant les fonctions vésiculaires
quand la vésicule drainée se présentait INDEMMES DE
LÉSIONS MACROSCOPIQUES LORS DE L'INTERVENTION.

L'observation I est celle d'une vésicule grosse, souple, sans calculs, mais contenant de la bile foncée. Le cholécystogramme est positif la vésicule concentre et se contracte normalement.

L'observation VII présente une vésicule d'aspect normal mais distendue par son contenu. Déjà, avant l'intervention, l'épreuve de Graham avait été négative. Mais la malade était une insuffisante hépatique. Lors de notre examen de janvier 1937, nous avons constaté encore la présence d'un gros foie. Le cholécystogramme fut encore négatif, mais cela n'est pas pour nous étonner étant donné l'état du foie de cette malade.

L'observation VIII présente une vésicule d'apparence normale mais repoussée par le pancréas.

L'examen radiotétraiodé donne une image visible sur l'un des clichés.

L'observation IX est celle d'une vésicule atone grosse, dilatée, et dont les parois sont souples.

La cholécystographie montre que la vésicule concentre et évacue très bien le tétraïode.

Nous voyons donc, que parmi les quatre vésicules qui avaient été constatées sans lésions macroscopiques lors de l'intervention, trois d'entre-elles après drainage biliaire externe (8 mois — 6 mois — 6 semaines) ont gardé une bonne tenue physiologique.

★★

Il nous semble qu'on puisse affirmer de par ces examens QUE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE NE MODIFIE EN RIEN LES FONCTIONS PRÉEXISTANTES DE LA VÉSICULE et qu'on ne doit pas logiquement attendre de la mise au repos de l'organe une récupération même partielle de ses fonctions.

Amélioration apportée par la cholécystostomie

Il est préférable de distinguer les cas suivant le diagnostic qui a été posé lors de l'intervention.

Aussi allons-nous interpréter les résultats suivant quatre groupes de diagnostic : les cholécystites calculeuses, les cholécystites non calculeuses, les vésicules à contenu de bile noire, les pancréatites chroniques.

Cholécystites calculeuses

Ce sont les observations III et IV.

Dans ces deux cas les résultats éloignés de l'intervention sont parfaits. Il importe de souligner l'intensité des lésions trouvées lors de l'intervention.

L'observation III montre une très importante cholécystite avec grosses lésions de péricholécystite (n'avait-on pas eu de prime abord l'impression de vésicule néoplasique). Ainsi, une intervention à minima, faite volontairement à minima, parce que très certainement une exérèse aurait augmenté les risques opératoires immédiats, a permis une guérison parfaite.

Mais si l'on analyse d'un peu plus près les conditions de cette guérison, on s'aperçoit que la malade possède actuellement une vésicule physiologiquement exclue et qu'elle est parfaitement comparable à une malade ayant subi une cholécystectomie.

L'observation IV est encore plus remarquable quant aux résultats. L'opérateur est en présence de lésions des plus importantes ; le carrefour sous-hépatique est complètement bloqué ; il existe des abcès périvésiculaires ; on trouve du pus et des calculs dans la vésicule. Le drainage de la vésicule après ablation des calculs suffit à amener la guérison, mais une guérison supérieure à celle du cas III. C'est qu'en effet plus de trois ans après l'intervention, on obtient la preuve grâce au tétraïode, de l'existence d'une vésicule capable de concentrer et d'expulser son contenu.

En admettant que la cholécystectomie ait pu, lors de l'intervention, être envisagée et faite malgré tous les risques immédiats qu'elle comportait chez cette malade grasse, fragile, infectée, à cœur fatigué, il est indéniable qu'on aurait sacrifié délibérément et non sans danger un organe qui s'est montré capable ultérieurement de fonctionner de façon correcte.

Ces deux observations illustrent bien qu'en cas de difficultés opératoires importantes ou devant un état général déficient il ne faut pas tenter l'intervention idéale qu'est la cholécystectomie, mais se contenter de drainer la vésicule après ablation des calculs.

Cholécystites non calculeuses

Elles sont représentées par les observations II, V, VI.

Les résultats obtenus sont variables.

On retrouve un caractère commun à ces trois observations. Les examens radiographiques donnent une même réponse : suppression physiologique de la vésicule. Cette vésicule physiologiquement détruite mais encore anatomiquement présente peut-elle être considérée comme responsable des troubles présentés par le malade.

Dans l'observation II, un certain nombre d'éléments attirent notre attention : l'existence d'un gros foie ; la découverte opératoire d'une tête pancréatique grosse et dure et surtout le caractère des troubles racontés par le malade en février 1937. Il accuse, surtout depuis 1936 des épisodes douloureux, ictériques et fébriles ; ces crises sont courtes mais se renouvellent presque toutes les semaines.

Elles font penser à un syndrome cholédocien, un syndrome cholédocien dans lequel il n'est pas possible d'incriminer une obstruction calculeuse de la voie biliaire principale, lors de l'intervention on n'avait pas trouvé de calculs dans la vésicule rétractée ni dans le cholédoque qui était normal d'aspect. Il est plus légitime de penser à une angio-cholite subaiguë qu'on pourrait rapporter à une stase légère dans l'hépat-

cholédoque ; cette stase étant peut-être due et entretenue par la pancréatite déjà présente en 1933.

Ainsi chez ce malade, en rendant responsable la vésicule des séquelles douloureuses on pourrait être tenté de proposer une cholécystectomie secondaire. Il nous semble vraisemblable que l'intervention n'amènerait pas le résultat escompté. Et l'on doit se féliciter d'avoir su garder la vésicule qui permettra de pratiquer par une intervention minime, un nouveau drainage biliaire externe dont on a tout lieu d'espérer d'excellents résultats.

Les résultats de l'observation V sont meilleurs ; depuis l'intervention, la malade n'a pas refait de crises douloureuses et ictériques comme celles qu'elle avait présentées entre 1932 et 1935, surtout en 1934. Le drainage chirurgical qui a duré six mois et qui s'est terminé par la fermeture spontanée de la fistule après ablation de la sonde a amené un bon résultat. Néanmoins, la malade se plaint de quelques troubles douloureux peu fréquents dans la région opératoire. On ne peut incriminer la vésicule comme cause de ces troubles. Lors de l'intervention on l'avait constatée comme physiologiquement exclue, elle l'était toujours lors de notre examen tétraïodé en 1937 et il semble que les séquelles soient le fait d'adhérence déjà existante à l'intervention.

Les résultats de l'observation VI sont franchement médiocres. La malade souffre toujours ; elle est re-

venue fréquemment consulter et c'est à la fin d'un traitement diathermique qu'on a refait l'examen radiotétraïodé ; on doit le considérer comme témoin d'une mauvaise concentration vésiculaire.

Un premier élément entre en ligne de compte : la cellulite de l'hypocondre droit qui interdisait déjà une palpation facile de la région avant l'intervention ; quand nous l'avons réexaminée, en 1937, il nous a semblé que la malade souffrait plus d'un endolorissement pariétal qui s'accroissait au palper léger, que d'une véritable douleur profonde.

Mais cette malade a refait depuis son intervention, c'est-à-dire en l'espace de cinq mois, cinq crises douloureuses semblables à celles qui décidèrent d'intervenir. Si l'on s'en tient aux caractéristiques définies par BÉRARD et MALLET-GUY, il semble qu'on soit en présence d'une vésicule de stase, « grosse vésicule dilatée, avec reliquats de poussées de péritonite sous-hépatique ; la fistule biliaire ne présente aucune tendance à s'oblitérer », (il a fallu réintervenir pour fermer la fistule). Un élément est cependant bien différent ; BÉRARD et MALLET-GUY soulignent que la cholécystostomie fait cesser douleurs et troubles fonctionnels ; il n'en est rien pour notre malade et l'on est en droit de se demander si la vésicule était la cause première des symptômes qui ont conduit à l'intervention.

Il nous semble que l'histoire pourrait être plus facilement interprétée comme une de ces « fausses cholécystites », dans lesquelles la vésicule n'est rien ou

n'est qu'une des causes déclenchantes de l'épisode douloureux que JAHIEL a appelé « crise de foie ». Nous reviendrons ultérieurement sur cet aspect clinique, mais soulignons déjà qu'une réintervention ne nous semble pas de mise. Si la vésicule avait été uniquement en cause, son drainage chirurgical pendant trois mois aurait dû suffire à supprimer les crises douloureuses.

Pancréatites chroniques

Ce sont les observations I et VIII.

L'observation I représente le type de la pancréatite chronique avec ictère. Le drainage chirurgical de la vésicule a amené la cédation de l'ictère en soulageant le pancréas. Mais cette guérison n'est pas définitive ; en janvier 1937, la malade accuse des douleurs à peu près constantes à paroxysmes vespéraux. La vésicule s'injecte et expulse parfaitement son contenu de bile tétraïodé ; elle n'est donc pas responsable des séquelles. L'intervention a supprimé le facteur biliaire qui accompagnait cette pancréatite mais n'a eu guère d'action sur elle-même ; la pancréatite s'est atténuée mais n'a pas disparu si l'on en juge par les troubles digestifs racontés par la malade.

L'observation VIII relate une pancréatite plutôt subaiguë avec subictère léger. On constate à l'intervention une grosse tête pancréatique qui refoule en avant la vésicule saine. Le drainage vésiculaire dure six mois ; depuis lors la malade ne souffre plus et

présente un état général parfait. La vésicule concentre peu mais est cependant visible à la radio.

Vésicules de stase

Ce sont les observations VII et IX.

Ces deux observations ont un certain nombre de points communs. Dans l'une et l'autre on retrouve :

l'existence d'une appendicectomie faite peu de temps avant la cholécystostomie.

l'ablation de l'appendice n'a pas amené de soulagement,

les caractères semblables de la vésicule qui est normale d'aspect et contient de la bile très foncée,

l'absence complète de lésions sur les autres organes du carrefour sous-hépatique.

Enfin, le résultat négatif du drainage biliaire externe; les malades présentaient encore (et nous les avons revus peu de temps après l'intervention) les mêmes crises douloureuses qui avaient entraîné l'indication opératoire.

Il nous semble cependant que sous cet aspect de découverte opératoire d'une vésicule de stase, d'une vésicule à bile noire, les deux malades sont bien différents.

L'observation VII nous donne plus l'impression d'une *hépatique* que d'une *vésiculaire*. Hépatique elle est par le caractère des crises douloureuses ; ces crises sont peu nettes ; elles siègent plus à la base du

thorax que dans la région de l'hypocondre; elles n'ont pas la durée de la crise de cholécystite; elles sont courtes ne durant que 4 à 5 jours; pendant la crise douloureuse, la malade frissonne mais sa température est fugace. Le léger subictère qui suit la crise est de très courte durée. Le foie est gros; la région de l'hypocondre droit se laisse facilement déprimer. Vésiculaire elle semblerait être, en tenant compte du caractère négatif de l'épreuve de Graham, mais on sait qu'on ne peut interpréter les résultats de l'examen tétraïodé chez les insuffisants hépatiques. Vésiculaire elle n'est pas puisqu'à l'intervention la vésicule était normale d'aspect.

C'était une hépatique et malgré son drainage vésiculaire elle est restée toujours hépatique. Quand nous l'avons revue en 1937, des crises douloureuses semblables étaient réapparues avec la même fréquence et le foie était toujours gros.

Il nous semble difficile d'incriminer la vésicule comme étiologie de tous ces troubles. La cholécystostomie n'a pas été inutile cependant; elle a permis de rectifier le diagnostic et le traitement qui doit rester d'ordre essentiellement médical.

L'observation IX nous donne l'impression d'un malade plus « *biliaire* » que *vésiculaire*. Il n'est pas vésiculaire; avant l'intervention la vésicule concentrait et expulsait bien son contenu tétraïodé; lors de l'intervention elle présentait des parois normales et sou-

ples ; après l'intervention, l'épreuve de Graham est encore positive.

Il nous semble biliaire de par sa température qui, avant l'intervention, faisait de petits crochets ; de par l'épreuve Metzer-Lyon qui a montré la présence de bile B contenant colibacille à la culture ; enfin de par l'examen bactériologique de la bile prélevée en cours d'opération (présence de colibacille). Le drainage vésiculaire qui a duré six semaines n'a pas été suivi de la cession des troubles. On peut objecter qu'il a été de durée insuffisante, mais il nous semble que nombre d'auteurs pensent que le drainage vésiculaire aussi long soit-il, ne peut stériliser la bile vésiculaire.

La vésicule est saine ; son contenu est infecté et seule la cholécystectomie en supprimant le repère microbien est susceptible de guérir un tel malade.

.*.*

On voit donc que dans les neuf observations de cholécystostomie il y eut cinq mauvais résultats. Dans un cas seulement, on peut penser que la cholécystectomie amènerait la guérison.

Dans tous les autres, il nous semble, qu'à l'heure actuelle, la vésicule fonctionnellement exclue ou non n'est pas responsable du mauvais résultat et que son ablation première aurait amené le même échec.

Ainsi dans les cas qui furent guéris, la thérapeutique conservatrice par cholécystostomie, qu'elle fut faite soit par nécessité (âge du malade, gravité de l'état général ou complexité lésionnelle du carrefour

sous-hépatique), soit systématiquement, a amplement suffi. Dans les autres cas, il ne nous semble pas qu'on puisse rendre responsable de l'échec le mode opératoire ; on a peut-être voulu trop demander à l'opération et on aurait pu considérer ces malades comme non chirurgicaux. On a voulu charger la vésicule de méfaits dont directement ou indirectement, elle n'était pas la cause.

Cependant la cholécystostomie a pu faire œuvre d'élément d'exploration fonctionnelle ; elle n'a sûrement pas amené d'éléments surajoutés venant assombrir le pronostic de l'affection. Cela est spécialement vrai dans les observations VI et VII où le tableau clinique fait bien penser à des hépatiques et rentre dans le cadre ce que JAHIEL a appelé « crises de foie ». Ces fausses cholécystites sont de diagnostic clinique difficile et cependant on sait que leur traitement médical par désensibilisation a pu donner de très bons résultats.

CONCLUSIONS

L'examen clinique et l'épreuve de Graham pratiqués sur d'anciens malades cholécystostomisés, permettent de dégager quelques conclusions.

1° La cholécystostomie ne modifie pas l'état fonctionnel de la vésicule préexistant à l'intervention.

2° La cholécystostomie donne de moins bons résultats que la cholécystectomie dans les lithiases vésiculaires.

3° Dans le traitement des cholécystites chroniques non calculeuses, la cholécystostomie semble prendre de plus en plus de place ; elle peut être considérée comme l'intervention réservant l'avenir.

Quand les malades ne sont pas complètement soulagés, la vésicule paraît ne pas être en cause dans la genèse des séquelles.

4° L'interprétation des symptômes hépato-vésiculaires est toujours délicate. Dans certains cas peu fréquents mais difficiles à reconnaître les signes hépati-

ques traduisent des troubles fonctionnels justiciables d'une thérapeutique médicale.

5° Dans les états fonctionnels du type de vésicule de stase, la cholécystostomie offre un moyen aisé d'exploration approfondie du cholécyste.

Elle conduit souvent à de bons résultats thérapeutiques.

6° Dans les hépatites ictérigènes et dans les pancréatites chroniques, la cholécystostomie est l'intervention de choix.

Vu :

**LE DOYEN,
TIFFENEAU.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. GOSSET.**

Vu et permis d'imprimer :

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.**

BIBLIOGRAPHIE

- ALESSANDRI. — Drainage des voies biliaires. (*Clinica Chirurgica* (Milan), décembre 1933.)
- ALHACQUE. -- Indications et interventions sur la vésicule biliaire. (*Rinascenza medica*, 15 juin 1934).
- Ed. ANDREWS. — Anatomie pathologique de la vésicule biliaire. (*Archives of Surgery*, vol. 31, nov. 1935).
- Etude détaillée d'une série de cas de maladies de la vésicule biliaire (*Surgery, Gynecology and obstetrics*, juillet 1933).
- W.-H. BARBER and M. HARRISON. — Les séquelles de la cholécystostomie. (*Annals of Surgery*, août 1935).
- BASHEIN. — Chirurgie de la vésicule biliaire (*American Journal of Surgery*, mars 1934).
- BENGOLA et VELASIO. -- Intervention chirurgicale dans les maladies de la vésicule biliaire en rapport avec l'ictère (*Mitteilungen aus den Granzgebieten der Medizin und Chirurgie*, 16 octobre 1929).
- F. ROE BENHAM. — Cholécystite. (*American Journal of Surgery*, juillet 1930).
- M. BEHREND. — Cholécystite (*American Journal of Surgery*, juillet 1930).
- DE BENLE. — La lithiase vésiculaire (*Revue belge des Sciences médicales*, novembre 1934).
- L. BÉRARD et P. MALLET-GUY. — Exploration fonctionnelle des voies biliaires et Chirurgie (Masson, 1932).

- Chirurgie et lithiase aseptique de la vésicule biliaire. Lithiase vésiculaire sans cholécystite (*Presse Médicale*, avril 1932, p. 505).
- Le syndrome d'hyperkynésie vésiculaire dans les sténoses juxta-vatériennes incomplètes du cholédoque (*Journal de Chirurgie*, août 1933, p. 161).
- BERGH, SANDBLOM and IVY. — Removal of fonctionning Gall-bladder (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1936, vol. 62, p. 191-202).
- BERNHARD. — Chirurgie des voies biliaires (Clinique de Giessen (*Zentralblatt für Chirurgie*, 6 juillet 1936, n° 27).
- BIANCKERI. — La valeur de la cholécystostomie (*Archivo italiano di Chirurgia*, mai 1932).
- M. BLACK. — Etude de 100 opérations consécutives sur la vésicule biliaire (*British medical Journal*, 5 janvier 1935).
- V.-G. BURDEN. — The X-Ray Gall-bladder; a surgical opinion (*American Journal of Surgery*, 1933, vol. 22, p. 60).
- Surgical Pathology of the Gall-Bladder (*Annals of Surgery*, 1927, vol. 85, p. 239).
- J. CAROLI. — Les hépatites ictérogènes de la lithiase (*Thèse Paris* 1931).
- CAVE. — Traitement de la cholécystite (*Annals of Surgery*, août 1934).
- E. CHABROL, P. BROcq et PORRIN. — Enseignements de la cholécystostomie dans les ictères infectieux (*Presse Médicale*, 6 juillet 1932, p. 1.053).
- E. CHABROL et A. BUSSON. — L'ictère latent des cholécystites chroniques; son intérêt diagnostique et thérapeutique (*Presse médicale*, 10 fév. 1934, p. 228).
- CHÊNE et AMY. — Indications thérapeutiques dans les cholécystites chroniques (*Gazette médicale de France*, 1^{er} décembre 1930, p. 574).

- M. CHIRAY, I. PAVEL, A. LOMON et G. ROSANOFF. — Cholécystatonie (*Presse Médicale*, 20 juin 1936, p. 1.001).
- CORACHAN. — Etat actuel de la chirurgie biliaire (*La Medicina Ibera*, 5 mai 1934).
- CRANDALL. — Mécanismes de la contraction et de l'évacuation de la vésicule biliaire (*Archives of Internal Medicine*, décembre 1931).
- C. CRUMP. — Calculs biliaires et maladies de la vésicule (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, octobre 1931).
- DEMOOR. — Chirurgie des affections de la vésicule biliaire (*Le Scalpel*, 10 septembre 1932, p. 1.141).
- B. DESPLAS et J. DALSACE. — Les biles noires (*Presse Médicale*, 12 juillet 1930, p. 937).
- B. DESPLAS et MEILLÈRE. — Cholécystostomie de dérivation. Technique et indications de la cholécystostomie continente (*Presse Médicale*, 21 janvier 1931, p. 91).
- B. DESPLAS et J. DALSACE. — Bile noire et lithiase biliaire (*Presse Médicale*, 6 avril 1932, p. 523).
- B. DESPLAS et DURAND. — Syndrome douloureux paroxystique solaire; pancréatite chronique; lithiase vésiculaire. Cholécystostomie (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, octobre 1933).
- DIETRICH. — Résultats de la cholécystostomie (*Der Chirurg*, 15 décembre 1933, p. 929).
- DONATI. — Les maladies fébriles non ictériques du foie guéries par la cholécystostomie (*Arch. Italiano di Chirurgia* : Congrès de Rome, octobre 1934).
- DORAN, LEWIS, DENNEEN et HANSEN. — Chirurgie de la vésicule biliaire (*Annals of Surgery*, septembre 1933, vol. 98, p. 321).
- EDINGTON. — Analyse de 200 cas de malades de la vésicule (*Glasgow Medical Journal*, novembre 1933).
- EINHORN. — Indications opératoires dans les maladies de

- la vésicule biliaire (*Medical Journal and Record*, 5 avril 1933).
- ELIASON et FERGUSON. — Cholécystostomie (*Annals of Surgery*, septembre 1931, p. 456).
- ELIASON et ERB. — Mortalité dans la chirurgie des voies biliaires (*Annals of Surgery*, janvier 1935, p. 460).
- J. FAVRE. — Etude comparative des résultats de cholécystostomie et de la cholécystectomie (*Thèse Paris* 1929).
- FINSTERER. — Suites immédiates et éloignées des opérations pour calculose biliaire (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1935, n^{os} 28, 29 et 30).
- B. FLEMING. — Recherches sur les fonctions et les symptômes de la vésicule drainée chirurgicalement (*Annals of Surgery*, mars 1931).
- FLORCKEN et KRETESCH. — La valeur de la cholécystostomie dans la chirurgie des voies biliaires (*Zentralblatt für Chirurgie*, 2 mars 1935).
- FOWLER. — Les aspects chirurgicaux des maladies des voies biliaires (*American Journal of Surgery*, avril 1930, p. 750).
- F. GLENN. — Chirurgie de la vésicule et du tractus biliaire (*Annals of Surgery*, 1936, vol. 103, p. 77).
- GOINARD. — Ictère par rétention sans obstacle organique avec hypertonie vésiculaire. Cholécystostomie curatrice (Rapport Okinczyc), (*Société de Chirurgie*, 20 juin 1934, p. 898).
- GOLDISH et GILLEPSIE. — Revue de 347 opérations sur la vésicule biliaire (*American Journal of Surgery*, juillet 1933, vol. 21, p. 30).
- A. GOSSET. — Considérations générales sur la chirurgie des voies biliaires (*Société de Chirurgie*, 21 mai 1930).

- A. GOSSET et W. MESTREZAT. — Nature et mode* de formation de la bile blanche (*Travaux de la clinique de la Salpêtrière*, 1927).
- A. GOSSET et LÆWY. — Cholécystographie (*Presse Médicale*, 5 septembre 1925, p. 1.185, et *Revue médico-chirurgicale des maladies du foie*, 1926).
- A. GOSSET et D. PETIT-DUTAILLIS. — Rapport au Congrès de Vichy (1932).
- P.-M. GUIRE. — Ictère par obstruction (*Annals of Surgery*, septembre 1935, p. 360).
- VON HABERER. — Au sujet du traitement chirurgical de l'ictère simple (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, mars 1933, p. 417).
- Séquelles et récidives après les opérations sur le foie et les voies biliaires (*Zentralblatt für Chirurgie*, 19 novembre 1934).
- HARBIN. — Problèmes médico-chirurgicaux soulevés par les affections de la vésicule biliaire (*American Journal of Surgery*, déc. 1929, p. 774).
- HARTMANN (H.). — Technique générale des opérations sur les voies biliaires (*Gazette des Hôpitaux*, 10 juin 1931).
- Résultats éloignés des opérations sur les voies biliaires (*Gazette des Hôpitaux*, 29 juillet 1931).
- HARVIER et CAROL. — Action sur la tolérance hydrocarbonée du drainage chirurgical des voies biliaires (*Société médicale des Hôpitaux*, 17 avril 1931, p. 616).
- A. HELLER. — Diathèse hémorragique sans ictère lors d'une fistule biliaire externe (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, avril 1932, p. 667).
- J. HEPP. — La lipoïdose vésiculaire (*Thèse Paris*, 1934, Librairie Arnette).
- HEVER. — Chirurgie des voies biliaires (*Annals of Surgery*, 1934, vol. 99, p. 881).

- V.-C. HUNT. — Affections des voies biliaires et de la vésicule (*American Journal of Surgery*, juillet 1931, p. 75).
- J.-A. HUNT. — Drainage biliaire (*Lancet*, 14 sept. 1935).
- R. JAHIEL. — Crises de foie et cholécystite (*Presse Médicale*, 16 janvier 1937, p. 78).
- Causes des séquelles hépatiques après opérations sur la vésicule biliaire (*Presse Médicale*, 1^{er} mars 1933, p. 331).
- JAMES. — Chirurgie des voies biliaires (*Medical Journal of Australia*, 16 août 1930).
- JANICK. — Résultats immédiats et éloignés des interventions sur le foie et les voies biliaires (*Polska Gazeta Lekarska*, 29 sept. et 6 octobre 1929).
- E.-L. JENKINSON et J.-M. FOLEY. — Aspects radiographiques après cholécystostomie (*American Journal of Roentgenology*, septembre 1936, p. 301).
- S. JUDD et PRIESTLEY. — Résultats éloignés des opérations sur les voies biliaires (*Journal of the American medical Association*, 10 septembre 1932, p. 887).
- KÖNIG. — Chirurgie des voies biliaires (*Zentralblatt für Chirurgie*, 22 décembre 1934).
- KÜNSTLER. — Récidives après opérations sur les voies biliaires (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 15 septembre 1933).
- LACOSTE. — Cholécystostomie (*Thèse Paris*, 1934).
- LAHEY et JORDAN. — Traitement des maladies des voies biliaires (*American Journal of Surgery*, janvier 1931, p. 1).
- R. LERICHE. — Résultats éloignés d'une cholécystostomie pour pancréalite chronique sans ictère (*Lyon Chirurgical*, mars 1932, p. 259).
- LE ROUDIER. — Documents pour l'étude fonctionnelle des cholécystites (*Thèse Lyon*, 1928).

- L'HUILLIER. — Les différents types de malade à bile noire (*Thèse Paris*, 1934).
- LINO. — Chirurgie biliaire (*Archivo Italiano di Chirurgia*, décembre 1933).
- P. MALLET-GUY et ANTHÈME. — Le problème physiologique de la cholécystostomie. Etat actuel d'après les travaux expérimentaux (*Lyon Chirurgical*, juillet 1931, p. 385).
- MASSION et DAUMERIE. — Indications opératoires dans les affections de la vésicule biliaire. Choix de l'intervention (*Journal belge de gastro-entérologie*, janvier 1933, p. 3).
- MANDINAVEITA. — Cholécystostomie (*Los Progresos de la Clinica*, janvier 1933).
- J. TATE MASON. — Résultats éloignés et traitement médical des cholécystites (*Annals of Surgery*, 1931, vol. 94, p. 786).
- W. Arthur MACKEY. — Revue de 264 cas de cholécystite non calculeuse (*British Journal of Surgery*, vol. 22, n° 86, p. 274).
- MATYAS. — Causes inévitables des accidents consécutifs à la cholécystostomie (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1^{er} juin 1935).
- MELCHIOR. — Chirurgie des voies biliaires (*Medizinische Klinik*, 13 janvier 1933).
- P.-L. MIRIZI. — Cholangiographie dans les séquelles de la lithiase biliaire (post-opératoires), (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome 4, n° 4, avril 1933, p. 241).
- P. MOCQUOT. — L'intervention chirurgicale dans certains ictères par rétention sans obstacle. Influence du drainage biliaire externe sur les fonctions hépatiques (*Journal de Chirurgie*, février 1933, p. 177).
- La bile recueillie par drainage chirurgical des voies biliaires (*Bulletin Médical*, 18 janvier 1936, p. 29).

- R.-C. MONOD. — Un cas d'ictère chronique traité par cholécystostomie. Exploration lipiodolée de la voie principale (Rapport P. Mocquot). (*Société de Chirurgie*, 17 avril 1929, p. 533).
- MUSSI. — Sur le traitement de la lithiase vésiculaire (*Annali italiani di Chirurgia*, 30 novembre 1930).
- NEWMANN. — Physiologie de la vésicule biliaire (*Lancet*, 15, 22, 29, avril 1933).
- Maladies de la vésicule biliaire (*Lancet*, 24 mars 1934, p. 630).
- OKINCZYK. — Drainage biliaire dans les pancréatites (*Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, mars-avril 1933, p. 102).
- PASCHOUD. — Chirurgie des voies biliaires (*Revue Médicale de la Suisse romande*, 25 novembre 1932).
- PAUCHET et HIRSCHBERG. — Observations de chirurgie des voies biliaires. Drainage et cholécystectomie. Indications opératoires. (*Revue de Chirurgie*, fév. 1933).
- Indications et résultats du drainage chirurgical de la vésicule (*Bulletin de la Société de Médecine de Paris*, n° 15, 1932).
- GARCIA PELAËS. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire (*El Siglo medico*, 14 mars 1931).
- D. PETIT-DUTAILLIS. — Etude des suites éloignées de la cholécystectomie pour cholécystite d'après 100 opérés revue (*Thèse Paris*, 1922).
- PHEMINSTER, REWBUDGE et RUDISILL. — Cholécystite et obstruction du canal cystique (*Journal of American Medical Association*, 19 décembre).
- QUÉNU et JACQUELIN. — Indications et résultats du traitement chirurgical dans les cholécystites (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 mars 1930, p. 173).
- RANSON. — Maladies de la vésicule (*American Journal of Surgery*, septembre 1931).

- E. RIBAS-RIBAS. — Chirurgie biliaire. Les lésions vésiculaires, bases des indications et de la technique chirurgicale (*Revista de Cirurgia de Barcelona*, janvier 1931).
- ROMEO. — Recherches expérimentales sur la modification anatomique bactériologique des voies biliaires après le drainage (*Clinica Chirurgica*, juin 1935).
- ROSEMBAUM et WIESEN. — Des indications opératoires à l'intervention opératoire sur les voies biliaires extra-hépatiques (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, avril 1930).
- J. Cosbie Ross. — Résultats cliniques éloignés de 153 cas de cholécystite (*British Medical Journal*, 4 juin 1932, p. 1.026).
- ROVSING. — Choix d'opérations dans la lithias biliaire (*Congrès de Chirurgie de Paris*, 1924).
- ROWLANDS. — Cholécystite et calculs biliaires. (*British medical Journal*, 1^{er} février 1930).
- Traitement chirurgical des maladies de la vésicule et des canaux biliaires. (*British medical Journal*, 9 avril 1932, p. 643).
- JAMES H. SAINT. — Résultats éloignés de l'opération sur le tractus biliaire d'après 359 cas. (*British Journal of Surgery*, octobre 1935, p. 299).
- SANTEE. — La maladie de la vésicule au point de vue chirurgical. (*Annals of Surgery*, juin 1931, p. 1156).
- SANTY et MALLET-GUY. — Cholécystostomie dans le traitement des syndromes douloureux vésiculaires pseudo-lithiasiques. (*Lyon Chirurgical*, 1927, p. 462).
- Cholécystostomie et vésicule de stase. Excrétion alternante de bile et de mucus. (*Lyon Chirurgical*, 1930, p. 750).

- SCAGLIETTI. — Recherches expérimentales sur la dilatation des voies biliaires après drainage. (*Archivio Italiano di Chirurgia*, mai 1933).
- B. SCHIASSI. — La calculose de la vésicule biliaire. (*Journal de Chirurgie*, janvier 1934, p. 1).
- SCHMCHEL. — Résultats éloignés des opérations pour cholécystite sans calculs. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 24 mars 1934, p. 685).
- SCHNITZLER. — Chirurgie du foie et des voies biliaires. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 11 septembre 1930).
- SCHRADER. — Sur la stase vésiculaire non calculeuse du point de vue chirurgical. (*Brun's Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 30 octobre 1934, p. 337).
- SPURLING et WHITAKER. — Résultats de l'épreuve de Graham à distance après cholécystostomie. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1927, p. 463).
- TALMANN. — Récidive des coliques après intervention sur les voies biliaires. (*Archiv für klinische Chirurgie*, 5 juillet 1933).
- TRÉMOLLIÈRES, THIERRY et FAUCHET. — Etude de la sécrétion biliaire dans un cas après cholécystostomie. (*Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, juillet-août 1933).
- TROJAN. — Chirurgie des voies biliaires. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 6 octobre 1933).
- TROTTIER. — Chirurgie des cholécystites. (*Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, mai-juin 1933).
- UFFREDUZI. — Drainage des voies biliaires. (*Riforma Medica*, 14 octobre 1933).
- VILLARD. — L'insuline dans les suites opératoires des opérations de drainage des voies biliaires. (*Lyon-Chirurgical*, juillet-août 1935).
- WAKELEY. — Maladies de la vésicule biliaire. (*British medical Journal*, 3 août 1935).

WILKIE. — Maladies Chirurgicales du tractus biliaire.
(*British Medical Journal*, 28 octobre 1933, p. 767).

Y. YAGUÉ. — Indications du traitement chirurgical dans
les lithiases biliaires. (*Revue Médico-Chirurgicale
des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*,
mars-avril 1931).

ZINNINGER et Mac CAUDLESS. — Drainage de la voie bi-
liaire commune pour calculs biliaires. (*Surgery Gy-
necology and Obstetrics*, novembre 1934).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	21
Résultats de la cholécystostomie dans la cholécystite chronique calculeuse.	25
Résultats de la cholécystostomie dans la cholécystite chronique non calculeuse.	30
Résultats dans la lipéidose vésiculaire.	33
Résultats dans les affections fonctionnelles de la vésicule.	34
Résultats dans les hépatites ictériques.	39
Résultats dans les pancréatites chroniques.	42
Moyens d'études d'un malade ayant subi anciennement une cholécystostomie.	45
Résultats de ces diverses explorations.	47
Observations.	51
Interprétation des résultats.	77
Modification des fonctions vésiculaires à la suite de la cholécystostomie.	78
Amélioration apportée par la cholécystostomie :	
— dans les cholécystites calculeuses.	82
— dans les cholécystites non calculeuses.	84
— dans les pancréatites chroniques.	87
— dans les vésicules de stase.	88
Conclusions.	93
Bibliographie.	95



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE

